EPS
ANN 12 (3)

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA

GIÀ COMPILATI

DAL DOTTORE

ANNIBALE OMODEI

CONTINUATI DAL DOTTORE

CARLO-AMPELIO CALDERINI.

ANNO 1849.

SERIE TERZA. VOL. XXXIV.

Aprile, Maggio e Giugno.

MILANO

PRESSO LA SOCIETA' DEGLI EDITORI DEGLI ANNALI UNIVERSALI DELLE SCIENZE E DELL' INDUSTRIA

Nella Galleria Decristoforis.

5250

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA

GIÀ COMPILATI

DAL DOTTORE

ANNIBALE OMODEI

CONTINUATI DAL DOTTORE

CARLO—AMPELIO CALDERINI.

ANNO 1849.

VOLUME CXXX.

Aprile, Maggio e Giugno.

MILANO
PRESSO LA SOCIETA' DEGLI EDITORI DEGLI ANNALI
UNIVERSALI DELLE SCIENZE E DELL' INDUSTRIA
Nella Galleria Decristoforis.
1849.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s12id13209980

ANNALI UNIVERSALI
DI MEDICINA.

Vol. CXXX. Fasc. 388. Aprile 1849.

Studj esperimentali sulle arterie; dei dottori A. Tizzoni, A. Quaglino *ed* A. Restelli.

Prefazione.

Nella nona riunione degli Scienziati Italiani in Venezia (1847), nell'adunanza della Sezione Chirurgica del 18 settembre, il vice-pres. di essa, dott. *Secondi*, comunicava un suo *Nuovo metodo di obliterazione permanente dei vasi arteriosi venosi nella cura radicale degli aneurismi e delle varici.* — Noi crediamo prezzo dell'opera il riportare colle stesse parole dell'Autore la descrizione del suo metodo: « Consiste il metodo nell'obliterazione meccanica mercè un cilindretto di spugna preparata colla compressione manuale, lungo mezzo pollice all'incirca, del diametro graduato dal meno al poco più di una linea a norma della grossezza del vaso. Codesto pezzo di spugna, ridotto al minor volume possibile, deve essere incerato alle due estremità, perchè non si gonfii troppo rapidamente nel processo di introduzione, ma soltanto quando è ben collocato nella cavità del vaso stesso.

« Per introdurlo si mette a nudo l'arteria o la vena,

come si fa per la legatura, però senza bisogno di isolarla, e denudando con minore estensione, si penetra quindi con un piccolo trequarti, il quale è fornito di sottilissima cannula provveduta di un manichetto, che dopo penetrato l'istrumento si affida, volendo, ad un assistente. Il punteruolo si introduce quanto più orizzontalmente si può e colla non difficile avvertenza di non toccare la parete opposta del vaso; ciò che si ottiene stirando, coll'istromento che penetra, la parte ferita verso l'esterno. Ritirato il punteruolo, si passa colla maggior celerità il pezzo di spugna lungo la cannula, infossandolo coll'accompagnamento della pinzetta quanto più si può dalla parte del cuore se trattasi di arteria, e viceversa se di vena. Si leva in allora destramente la cannula, e colla pinzetta stessa si spinge la piccola estremità che non è ancor sepolta nel vaso, e tosto ottenuto e quasi contemporaneamente si accompagna e si stira il cilindretto in modo che il terzo medio sia approssimativamente di faccia alla praticata ferita.

« Questo processo, che alla semplice descrizione può sembrare complicato, è forse più facile di molte legature, e si riconobbe agevole da tutti i non pochi colleghi che lo videro praticato sui bruti e sul cadavere; e una volta siasi fatto, su di esso se ne acquista la massima confidenza (1) ».

La comunicazione di questo nuovo metodo del dottor *Secondi* ha suscitato, come è ben naturale, nell'adunanza una viva discussione. Molti onorevoli membri di quella Sezione portarono le loro opinioni sulla convenienza o meno della nuova proposta, se non che il Presidente vedendo che i fatti e le esperienze presentate dal dottor *Secondi* erano insufficienti per una defini-

(1) Ann. univ. di med., Vol. CXXIV, pag. 451 (dicembre 1847). — Gazzetta medica di Milano, Tom. VI, N. 48).

tiva risoluzione dell'argomento, opinò che si dovesse nuovamente interrogare i fatti, e proponeva che i dottori *Namias* e *Secondi* volessero formulare d'accordo un quesito relativo a ciò da trasmettersi al futuro Congresso (1). Il quesito venne infatti formulato in questi termini: « Instituire esperienze di confronto per provocare la obliterazione delle arterie fra il metodo della introduzione in esse di semplici aghi, e quello proposto dal dottor *Secondi* di ferire questi vasi con un sottile trequarti, e introdurre nella loro cavità un pezzetto di spugna, una vescichetta, ecc. Tali prove dovranno essere tentate su differenti specie d'animali, e arterie di vario calibro, continuandole non solo sino alla formazione del grumo sanguigno otturatore, ma fino al cangiamento delle arterie in cordone solido; per decidere quale dei due metodi giunga più agevolmente e con minori pericoli allo scopo ultimo di produrre il perfetto chiudimento del tubo arterioso (2) ».

Noi, che in allora eravamo nella più felice posizione per instituire esperimenti sui bruti, fummo presi da desiderio di sperimentare il nuovo metodo del dottor *Secondi*. Le nostre ricerche erano già compiute sino dalla fine del dicembre del 1847: se non che le vicissitudini di quei tempi continuate sino quasi a questi giorni ci hanno impedito dal divulgarle. Nel pubblicare al presente i nostri studj sperimentali sulle arterie, noi siamo bene alieni dalla pretesa di avere esaurite tutte le condizioni volute dal quesito suesposto, ma ove i fatti che noi offriamo possano essere ritenuti validi o confermati da altri esperimentatori, osiamo credere che il quesito rimane sciolto da sè stesso. Abbiamo diviso il nostro lavoro in tre parti. La 1.ª tratta degli istrumenti neces-

(1) V. « Ann. univ. di med. », fasc. di dicembre 1847.
(2) Ibidem.

sarj all'operazione, del luogo e modo di eseguirla e degli accidenti immediati che ne conseguitano; la 2.ª contiene l'esame delle arterie operate e dei grumi; finalmente nella 3.ª parte abbiamo esposto le nostre considerazioni critiche e cavati i corollarj. — Abbiamo studiato una esposizione facile e chiara. Semplice istoria di quanto abbiamo veduto, il nostro lavoro potrebbe forse parere arido troppo e disadorno; — ma i nostri lettori vorranno tenerci conto di due qualità, che in questo genere di studj più si desiderano, cioè la diligenza nell'istituire gli esperimenti, e la fedeltà nell'esporne i risultati; possiamo rispondere dell'una e dell'altra.

Capo I. — *Istrumenti per eseguire l'operazione. — Luogo e modo di eseguirla. — Accidenti immediati che ne conseguitano.*

§ 1.° Per ottenere l'obliterazione delle arterie mediante il nuovo processo ideato dal dott. *Giuseppe Secondi* noi ci siamo serviti dei seguenti istrumenti. — Un bistorì convesso pel taglio dei comuni integumenti, pinzette comuni ed una forbice per denudare le arterie, un piccolo trequarti munito di corrispondente cannula per trafiggere l'arteria, pezzetti di spugna preparata per introdurre nel calibro arterioso, ed una sottilissima asta metallica cilindrica per dirigere la spugna dalla cannula del trequarti nel lume arterioso. Volendo operare ad arteria denudata ed isolata ci siamo serviti anche dell'ago di *Deschamps*, e di alcuni fili di refe che passati sotto l'arteria e modicamente stirati, mentre

servivano opportunamente ad intercettare il circolo del sangue nel momento dell' operazione, la rendeva anche più facile facendo sporgere il tratto del vaso da operarsi. Non isolando l' arteria, molti dei nominati istrumenti divengono inutili, e la circolazione può essere interrotta mediante una valida compressione esercitata da un assistente sul tronco arterioso. Vedremo però in avanti come non isolando l' arteria, l' operazione diventi meno facile e di esito più incerto.

§ 2.° Noi abbiamo sempre istituite le nostre operazioni sull'arterie femorali e carotidi dei cani.—Tagliati i comuni integumenti a ridosso dell'arteria, e smagliato il tessuto cellulare sottocutaneo, noi prima di accingerci all' operazione abbiamo di solito isolata l'arteria dalla vena e dal nervo, per lo spazio di un pollice o di un pollice e mezzo in circa. Isolata in questo modo l' arteria, vi passiamo sotto mediante l' ago del *Deschamps* due fili di refe, dirigendo l' uno verso il centro, l' altro alla periferia della circolazione. Il filo verso il centro affidato ad un assistente con un modico stiramento intercetta la circolazione nel momento dell'operazione, mentre l'altro filo tenuto colla mano sinistra dell' operatore e pure modicamente stirato fa maggiormente sporgere il tratto dell'arteria su cui si deve operare, nel momento istesso che colla destra mano munita del trequarti trafiggesi l'arteria. Trafitta l'arteria, l'operatore abbandona il filo, e tenendo fisso il trequarti nell' arteria ne estrae il punteruolo ed introduce

nella cannula obbliquamente il piccolo pezzetto di spugna preparata, che guida poi nel lume arterioso verso il cuore con movimenti combinati mediante l'asta metallica cilindrica. I pezzetti di spugna preparata, ed incerati alle due estremità, erano per lo più della lunghezza di mezzo pollice circa e del diametro adeguato alla grossezza del vaso da operarsi. Generalmente era sufficiente introdurre nell'arteria due o tre pezzetti di spugna, perchè l'operazione potesse dirsi bene eseguita. Introdotta in questo modo la spugna nel lume arterioso, si estrae la cannula del *trois-quarts*, si ferma l'emorragia, che di spesso ha luogo, con una spugna bagnata e leggiermente compressa dalla parte dell'arteria operata, e finalmente si riuniscono i labbri della ferita integumentale mediante alcuni punti di cucitura nodosa. Notiamo però che talora l'emorragia si arresta da sè dopo brevi momenti.

Altre volte invece abbiamo operato sulle arterie senza isolarle. In allora tagliati i comuni integumenti, e smagliato il tessuto cellulare in modo che veggansi distinte le pulsazioni dell'arteria, un assistente ad impedire il circolo esercita con un dito una forte pressione sul tronco arterioso, nel mentre che l'operatore compie l'operazione nel modo istesso come quando l'arteria è isolata.

Finalmente abbiamo anche tentato di operare ad integumenti intatti; ma i nostri tentativi riescirono quasi sempre vani.

Crediamo però di avvertire che questi due ultimi

metodi furono esclusivamente usati operando sulle femorali; mentre agendo sulle carotidi è di assoluta necessità denudarle ed isolarle per ragioni anatomiche da tutti conosciute.

§ 3.° Qualunque sia il metodo col quale si compie l'operazione, l'emorragia è l'accidente che più di frequente ne conseguita. Sia che i pezzetti di spugna riescano insufficienti a riempire il lume arterioso, sia che necessiti un tempo piuttosto lungo ad effettuarsi quel dilatamento e rigonfiamento dell'arteria, che sia tale da otturare perfettamente il lume arterioso; egli è certo che noi abbiamo più volte dovuto prestare la nostra attenzione a questo accidente, o prolungando le compressioni diacciate sulla parte dell'arteria operata, o introducendovi altri pezzettini di spugna. Talora poi per qualche vaso laterale che partiva immediatamente dal tronco operato dell'arteria al disotto della praticata puntura il sangue refluiva con certo impeto dal tronco periferico, e fummo costretti ad introdurre nuovamente la cannula del trequarti e a spingere nella parte periferica del vaso qualche nuovo pezzetto di spugna preparata. Se però operando ad arteria denudata ed isolata ci riesciva facile far cessare quell'accidente, dobbiamo per vero confessare che operando ad arteria non isolata, ovvero operando con integumenti intatti, la difficoltà di raggiungere quello scopo diveniva maggiore; ed accadeva assai di sovente che l'emorragia insinuandosi senza che si potesse colla dovuta prestezza porvi riparo, fra il tes-

suto cellulare circumambiente il fascio comune dei vasi, formava un considerevole trombo e rendeva così vana la praticata operazione. Altre e ben più gravi difficoltà incontransi poi volendo operare ad integumenti intatti. La difficoltà di bene determinare il tratto d'arteria da operarsi, o, determinato il luogo dell'operazione, la difficoltà di potervi penetrare col trequarti, ed il pericolo di offendere la vena o il nervo vicini ci rese, dopo ripetuti tentativi, persuasi di dovere affatto abbandonare questo metodo, che avrebbe peraltro corrisposto a meraviglia per il minor strazio che necessariamente avviene delle parti, quando la sua esecuzione fosse di esito meno incerto. Infatti noi seguendo questo metodo abbiamo avute considerevoli emorragie interne, abbiamo più volte ferita la vena, e talora anche offeso il nervo crurale, e di frequente abbiamo dovuto intralasciare l'operazione per la difficoltà d'introdurre il trequarti nell'arteria.

Trattandosi di studj esperimentali noi abbiamo voluto esporre col massimo scrupolo le vie che abbiamo seguito nel compirli, e le difficoltà che vi abbiamo incontrate, perchè il lettore possa pronunciare un giusto giudizio sui risultati delle nostre esperienze e sui corollarj critici che ne abbiamo cavati.

Capo II. *Esame delle arterie e dei grumi ad epoche diverse dalla praticata operazione.*

§ 1.° Le arterie da noi operate ascendono al nu-

mero di quarantuno. Abbiamo di solito preferito nelle nostre esercitazioni le arterie femorali alle carotidi, perchè l'atto operativo riesce più spedito e più sicuro; ma non abbiamo per questo affatto dimenticate le carotidi, sicchè dallo spoglio dei nostri processi verbali troviamo che in sei cani l'operazione fu appunto eseguita su queste arterie. Abbiamo cercato di agire possibilmente sopra animali di media grossezza, e nelle medesime condizioni igieniche, e finalmente abbiamo istituite le nostre osservazioni sui vasi operati ad epoche diverse dalla praticata operazione. Così *dieci* cani furono privati di vita *ventiquattro ore* dopo la subìta operazione; *otto* dopo *quarantotto ore*; *quindici* dopo *ore novantasei; cinque* dopo *nove* giorni; e *tre* dopo un *mese*. Il risultato che noi presentiamo è per lo più desunto dall'esame delle arterie state operate dopo di averle denudate ed isolate; di quei pochi casi nei quali l'operazione fu condotta a termini senza denudare ed isolare l'arteria, faremo speciale menzione. Dell'unico caso poi nel quale, dopo reiterati tentativi, possiamo lusingarci di avere compita l'operazione ad integumenti intatti non possiamo offrire un dettagliato esame, perchè l'animale morì spontaneamente undici giorni dopo l'operazione. All'esame necroscopico istituito dodici ore dopo la morte esso mostrò tale una alterazione all'arto operato che non ci fu possibile di spingere le nostre osservazioni sull'arteria, distrutta per intiero in corrispondenza alla parte operata, surrogata, per così dire, da una

vasta caverna contenente molto icore sanioso. In questa materia purulenta abbiamo per altro ritrovati nuotanti i pezzetti di spugna ch'erano stati introdotti nell'arteria (1).

---

(1) Riportiamo per intiero il processo verbale di questo esperimento, che sebbene estraneo all'argomento, vale tuttavia a confermare alcune idee enunciate nella recente Memoria dei dottori *Quaglino* e *Manzolini*.

« 17 Novembre 1847. Ad un cane barbone piuttosto grosso s'introdusse nella femorale destra, intatti gli integumenti, un pezzetto di spugna preparata. Nessun accidente tenne dietro all'operazione.

Morto spontaneamente il giorno 28 novembre alle ore 7 di mattina. Sezionato alle ore 6 pomer.

L'arto operato presenta esternamente una larga piaga da cui geme dell'icore sanioso ed assai fetente. Una vasta caverna contenente pure della materia purulenta trovasi in corrispondenza al luogo dove l'arteria fu operata con suppurazione di tutte le parti circonvicine. L'arteria era distrutta in totalità nel luogo operato, ed il pezzetto di spugna si trovò nuotante nella materia saniosa.

Ingorgo considerevole delle grosse e piccole vene meningee. Mucosità sanguinolente nelle trachee e grosse diramazioni bronchiali. Polmoni congesti. Cavità del cuore contenenti del sangue raggrumato piceo.

Marcata injezione punteggiata della parte pilorica dello stomaco. In corrispondenza al cingolo pilorico tre piccole echimosi. Injezione viva di tutto il duodeno e dell'ultima porzione del tenue intestino. In vicinanza alla valvula ileo-cecale sviluppo considerevole di follicoli sopra la mucosa alquanto più arrossata del resto dell'intestino. Il retto leggiermente injettato.

Fegato, milza, reni, vescica nello stato normale. Le vene non furono esaminate ».

Le alterazioni che si rinvennero in questo caso alla mucosa intestinale ed ai polmoni, sono affatto conformi a quelle che si

Gli animali furono sempre messi a morte coll'acido cianidrico, e sezionati dopo dieci o dodici ore al più tardi.

§ 2.° Messa allo scoperto l'arteria operata, questa presentava di solito un rigonfiamento fusiforme nel luogo ove si era introdotta la spugna. La porzione dell'arteria occupata dalla spugna rappresentava il grosso del fuso, e le due estremità accuminate guardavano l'una al centro, l'altra alla periferia. In corrispondenza alla parte centrale del fuso le pareti arteriose si mostravano di un colore piuttosto fosco, dovuto probabilmente al trasparire della spugna contenutavi, mentre il colore delle due estremità era affatto normale. Esplorata col tatto l'arteria nel luogo del suo rigonfiamento sentivasi dura e resistente. Il foro praticato col trequarti in generale non presentava alcuna alterazione, ma in alcuni casi esploratine i labbri con una piccolissima pinzetta, mostravansi flaccidi e facilmente lacerabili. Talora pure abbiamo riscontrato questo foro leggiermente ingrandito, e talora vi abbiamo veduto sporgente un pez-

---

riscontrano negli stessi organi dei cani morti per l'injezione del pus nelle vene. Pare quindi che le alterazioni descritte si possano ritenere come un prodotto dell'azione irritante dei globuli del pus assorbiti nel vasto ascesso della gamba, e tradotti nel circolo sanguigno, e che la morte sia stata una necessaria conseguenza dell'*infezione purulenta*. In questo fatto troverebbero pertanto un nuovo appoggio i principj emessi dal *Sedillot*, sull'azione del pus, e da uno di noi nella Memoria recentemente pubblicata negli « Annali univ. di medicina », Vol. CXXVIII, pag. 449 (1848).

zetto di spugna. Nelle due estremità del fuso arterioso (1) nulla vi abbiamo scorto d'innormale tranne la diminuita capacità del suo lume.

Spaccata per il lungo l'arteria in corrispondenza al rigonfiamento della spugna e prolungandone il taglio per mediocre tratto anche alle due estremità, abbiamo veduto che la membrana interna arteriosa aderiva, quando più quando meno tenacemente, al grumo ch'erasi formato, ed in ispecialità mostravasi aderente all'intonaco di cui talune volte erasi rivestita la spugna. Qualche volta il grumo non era punto obbligato alla tonaca interna, e la spugna non rivestita da alcun deposito. Le tonache tutte delle arterie erano sempre visibilmente assottigliate in causa della violenta distrazione operata dalla dilatazione della spugna, e l'intima tonaca mostravasi poi sempre arrossata, specialmente ove adagiavasi la spugna. Questo rossore poi della membrana interna arteriosa andava sensibilmente sfumando alle estremità del fuso fino a perdersene ogni traccia.

§ 3.° Rotte le aderenze che talvolta obbligavano

---

(1) Chiamiamo fuso arterioso il complesso della spugna e dei grumi periferici. Per centro poi noi intendiamo la parte grossa del fuso rappresentata dalla spugna; diciamo estremità centrica o *cardiaca* del grumo quella che guarda verso il centro circolatorio, ed estremità *eccentrica* quella che guarda la periferia della circolazione. Trattandosi di espressioni che di soventi si incontrano in questo scritto abbiamo creduta necessaria questa spiegazione per evitare false interpretazioni, e per rendere in certo modo ragione di una nomenclatura affatto convenzionale.

il grumo alla sottostante membrana arteriosa noi abbiamo dirette le nostre ricerche all' esame del grumo istesso, che presentavasi appunto con una apparenza fusiforme quale foggiavasi all'esterno la figura dell'arteria. Il centro del fuso formato dalla spugna era in molti casi rivestito da coaguli rossi, molli, che ricoprivano per intiero la spugna, mentre in vece talora questi coaguli erano parziali, e lasciavano allo scoperto buona parte della spugna. Questi depositi sanguigni, di colore rossastro, sottilissimi, si staccavano dalla spugna colla massima facilità, erano facilmente spappolabili, e non presentavano segni di formazione granulosa. L' estremità della spugna che guardava il centro continuavasi di solito in un grumo per lo più aderente al di lei intonaco rosso-molle. Questo mostravasi piuttosto consistente, del colore di carne dilavata, della lunghezza di 4 linee sino ad un pollice, si dirigeva verso il centro della circolazione, ed occupava talora la totalità, talora la metà, talora il terzo del lume arterioso. Di rado questo grumo era obbligato all'interna tonaca dell'arteria, e quando lo era, l'adesione si presentava soltanto parziale e di pochissima tenacità. Di frequente questo grumo spingevasi sino al primo dipartirsi di un' arteria laterale, prolungandosi per qualche tratto anche in questa, o ben anco prolungandosi in un vaso laterale che veniva a mettere foce nell'arteria comune in direzione opposta al primo; ed in allora, per servirci di una felice espressione di un nostro collega, il grumo se ne stava col tronco nel grosso ra-

mo e colle gambe a cavaliere della biforcazione. Levato questo grumo, e spogliato dalla poca materia colorante che lo rivestiva, mostravasi di un colore rosso-biancastro, e composto di molte granulazioni aderenti fra di loro con qualche tenacità. I caratteri fisici di questo grumo ben poco diferivano da quelli già da noi ottenuti sull' arterie cogli esperimenti di galvano ago-puntura.

D'indole ben diversa è il grumo che costituisce l'estremità eccentrica del fuso. Quasi mai continuo, ma contiguo soltanto alla parte periferica della spugna, è di color rosso fosco, omogeneo nella sua intima composizione, di una compattezza poltacea, che si discioglie quasi interamente nell' acqua, della lunghezza non mai eccedente il mezzo pollice, non mai aderente all' intima membrana arteriosa, e che non occupa mai totalmente il lume arterioso. Questo si può considerare come un semplice coagulo sanguigno che difficilmente assume l' organizzazione per così dire perfetta della porzione centrica o cardiaca del grumo.

Le arterie (che furono tre) operate senza denudarle ed isolarle, ed esaminate dopo 24 ore, non offrirono differenze degne di essere rimarcate nè in rapporto ai suoi caratteri fisici esterni ed interni, nè in rapporto all'esame del grumo.

§ 4.° Anche le arterie esaminate 48 ore dopo la operazione, al pari di quelle esaminate dopo 24 ore, presentano esternamente una figura fusiforme pel tratto ove fu praticata l' operazione. Il colore delle

pareti arteriose corrispondenti al luogo che racchiude la spugna è più fosco che nelle precedenti, ed a differenza delle arterie esaminate dopo 24 ore quest'alterazione di colore delle pareti arteriose si estende anche per qualche linea verso l'estremità cardiaca del grumo. In queste arterie il foro praticato dal trequarti è sempre visibilmente ingrandito, assai spesso protrudono pezzetti di spugna, e la flaccidità e la mollezza dei suoi labbri sono di gran lunga superiori a quelle delle arterie esaminate dopo 24 ore. Abbiamo potuto anche rilevare in questi casi che le pareti arteriose qualche linea al di sopra del foro del trequarti sono più molli e flaccide del normale, e che facilmente colla pinzetta se ne staccano dei pezzi. Talora infine abbiamo veduto un foro di nuova formazione nelle pareti arteriose ch'erano ad immediato contatto colla spugna, e le pareti tutte spapolabili col semplice uso delle dita : segni non equivoci di una violenta infiammazione nella parte d'arteria operata. In generale le arterie esplorate colle dita al luogo del rigonfiamento fusiforme facevano sentire una durezza ed una resistenza maggiore di quella delle arterie esaminate dopo 24 ore (1).

---

(1) Qualche volta abbiamo voluto esplorare le pulsazioni arteriose, ed allora abbiamo fatto le nostre osservazioni sulle arterie operate, ad animale vivo. Le pulsazioni erano abolite nel tronco periferico dell'arteria al di sotto dell'inserzione della spugna, e nella parte da questa occupata, ed andavano mano mano ristaurandosi procedendo coll'esame verso il tronco arterioso centrale fino a divenire affatto normali.

Tagliata per il lungo l'arteria abbiamo scorto che l'intima sua membrana aderiva sempre tenacemente al centro del fuso, ed anche al grumo cardiaco o centrico. Dessa presentavasi sempre più rossa del naturale, e di spesso sbrigliatene le aderenze abbiamo potuto vedere delle scabrosità di un rosso ancor più vivo, effetto della violenza esercitata nell'operare il distacco delle aderenze. Qualche volta non ci fu possibile di togliere le aderenze, ed in allora l' intima membrana, staccandosi dalla media fibrosa e lasciando quest' ultima allo scoperto, capiva come in un sacco la spugna ed il grumo. In generale l' intima tonaca arteriosa era molliccia, come molli, assottigliate e facilmente lacerabili erano le altre tonache dell'arteria.

§ 5.° Levato il fuso arterioso, quando era rivestito dall'intima membrana, abbiamo usata ogni diligenza per liberarlo da questo intonaco. Le aderenze del fuso coll' intima membrana dell' arteria non sono sempre eguali per tutto il suo tratto. Così abbiamo di solito osservato che l' interna membrana aderisce sempre più tenacemente alla porzione cardiaca del grumo: meno tenace è la sua adesione col centro del fuso; ed in generale appena sensibile colla porzione eccentrica. Qualche volta l'intima membrana arteriosa è unificata colla porzione cardiaca del grumo, ed in allora riesce affatto impossibile distaccarla, per quanta cura si adoperi; mentre in tutti i casi ei fu possibile di staccarla dal centro del fuso e dal grumo eccentrico. Liberato il fuso

arterioso dalla sua veste o per intiero od in parte, abbiamo portato sopra di esso il nostro esame. La spugna in questi casi era sempre ricoperta da un deposito di materia rossastra, compatta, rigata qua e là di piccole solcature, ove teneva alcune aderenze la pagina interna della membrana arteriosa; e qualche volta abbiamo veduto alcuni sepimenti che attraversando gli spazj interstiziali della spugna tenevano come fra loro riunito tutto l'ambito del deposito di cui la spugna era involuta. Questa sostanza che, per così esprimermi, imprigionava la spugna era ad essa anche alquanto aderente, e levata e messa a macerare nell'acqua non si scioglieva in totalità, ma lasciava superstiti alcuni globetti bianchi fibrinosi, rudimenti delle granulazioni di cui è composto un grumo perfettamente organizzato. Aderentissimo al centro del fuso è sempre la porzione cardiaca del grumo. Della lunghezza di mezzo pollice ad un pollice, del diametro del vaso arterioso, di un colore bianco sporco, di una consistenza ragguardevole, desso grumo mostra chiaramente quante spiccate modificazioni avesse subìto rispetto a quello esaminato dopo 24 ore, e di quanto fosse vicino alla sua perfetta organizzazione. Le granulazioni di cui il suo corpo mostrasi composto sono più ravvicinate, più aderenti fra di loro quasi a formarne un tessuto compatto ed omogeneo. L'acqua non lo discioglie e si indurisce nell'alcool.

Anche il grumo eccentrico esaminato dopo 48 ore dall' operazione, mostra caratteri di una più

avanzata organizzazione. Aderisce con qualche tenacità alla membrana arteriosa, è di colore rosso-lavato, di mediocre consistenza, ed occupa per ben due terzi il lume arterioso. Spogliato dalla materia colorante che lo investe, ed esaminatane la sua intima struttura, mostrasi anch'essa granulosa; ma le sue granulazioni non sono nè così avvicinate nè così aderenti siccome quelle del grumo cardiaco centrale. La lunghezza non eccede mai quella di tre o quattro linee, e si continua con deboli aderenze coll'estremità periferica della spugna.

§ 6.° Per mantenerci fedeli espositori dei fatti quali realmente apparvero, noi nell'offrire l'esame delle arterie 96 ore dopo la praticata operazione, dobbiamo, per quanto spetta ai loro caratteri fisici esterni, descrivere esattamente i diversi aspetti sotto cui si presentarono alla nostra osservazione. Tralasciando di parlare della flogosi di cui erano investite le parti circonvicine all'arteria operata, siccome argomento in certo modo estraneo alle nostre ricerche, noi ci limitiamo a riassumere in un quadro complessivo i tre differenti modi coi quali si presentarono a noi le arterie; quadro che venne da noi fedelmente ricavato dai processi verbali stesi nel luogo stesso de'nostri studj.

Sulle quindici arterie operate ed esaminate dopo 96 ore dall'operazione abbiamo trovato che in due casi le arterie al pari di quelle esaminate dopo 24 o 48 ore rappresentavano all'esterno un rigonfiamento fusiforme. A differenza delle prime abbiamo

in questi due casi veduto che le pareti dell'arteria che stavano ad immediato contatto colla spugna erano friabilissime, poltacee, sicchè alla minima distrazione o soltanto nel liberarle da alcune aderenze che avevano contratte colle parti vicine si staccavano a larghi pezzi od anche si sfacelavano in totalità perdendo ogni rapporto col rimanente dell'arteria; mentre restavano liberi i monconi arteriosi periferico e centrale. La spugna in questi casi era rivestita da coaguli sanguigni rosso-scuri, molli, che disciòglievansi totalmente nell'acqua.

In cinque casi invece messo allo scoperto con diligenza il luogo ove l'arteria fu operata non abbiamo più rinvenuta apparenza alcuna di rigonfiamento fusiforme. Le pareti arteriose ad immediato contatto colla spugna, smagliate, e corrose in buona parte, lasciavano protrudere dei pezzi di spugna, e la continuità col rimanente dell' arteria si manteneva soltanto per brevi tratti delle medesime prossimi essi pure a sfacelarsi.

Finalmente in otto casi abbiamo trovato che la parte d'arteria occupata dalla spugna caduta in pieno sfacelo aveva perduto ogni rapporto di continuità col resto dell'arteria, e la spugna uscita dal calibro arterioso trovavasi, mista a sangue raggrumato e a materia saniosa, nelle parti circonvicine.

In tutti i casi non abbiamo mai tralasciato di spingere le nostre ricerche anche su i due tratti d'arteria rimasti liberi. Esaminato al suo principio il moncone cardiaco dell' arteria si trovò sempre ch' esso

era obbligato tenacemente alle circostanti parti per briglie legamentose di nuova formazione. Alla sua parte libera il lume arterioso era occluso da un turacciolo di color rosso oscuro che si saldava con tenacità all'intero ambito dell'arteria, ed impediva che avvenisse l'emorragia. L'arteria pel tratto occupato dal grumo (6,8 linee) offriva una sodezza ed una resistenza considerevole, ed il grumo immedesimato colle pareti arteriose presentava tutti i caratteri di una perfetta organizzazione.

Vivente l'animale, osservammo che le pulsazioni arteriose incominciano a farsi sentire confuse e deboli appena al di sopra dello spazio occupato dal grumo, e si fanno valide e chiare procedendo coll'esplorazione verso il cuore.

Anche il moncone periferico arterioso è debolmente obbligato alle parti vicine; ed il suo lume è chiuso intieramente da sangue coagulato: il grumo, molto meno organizzato e meno resistente del centrale, non si estende che per due o tre linee nel canale arterioso. Le pareti dell'arteria aderenti con qualche forza al grumo possono tuttavia nella pluralità dei casi esserne staccate. Seguendo il decorso di questo tronco arterioso non abbiamo mai rinvenute pulsazioni.

Gli animali uccisi dopo 9 giorni dacchè si era operato sulle arterie presentarono in tutti i cinque casi un esteso processo di suppurazione degli integumenti e delle parti adjacenti all'arteria operata. Noi trovammo sempre distrutto il tratto d'arteria che con-

teneva la spugna, e a cui era frammista sanie, e sangue raggrumato nel centro delle parti suppurate. In un caso l'infiammazione aveva invaso anche qualche tratto del moncone arterioso centrale sino a qualche linea al di sopra dello spazio occupato dal grumo, e questa parte si staccò colla massima facilità dal rimanente del tronco. Il grumo immedesimato colle corrispondenti pareti arteriose era molle, poltaceo, e spapolabile sotto le dita. Negli altri casi invece i monconi arteriosi centrale e periferico trovavansi ad un dipresso nelle medesime condizioni di quelli degli animali esaminati dopo 96 ore.

Finalmente nei tre animali che abbiamo esaminati dopo un mese dalla praticata operazione abbiamo osservato che le ferite integumentali erano perfettamente cicatrizzate. Gli integumenti erano saldamente aderenti alle parti sottoposte, ed in un solo caso ove il processo di suppurazione vicino al suo termine era limitato soltanto ad una parte della ferita integumentale, abbiamo ritrovato il pezzetto di spugna che stava per uscire dalla ferita, la quale per questa sola cagione non era ancora del tutto cicatrizzata. In tutti questi casi poi procedendo coll'esame verso l' arteria non ci fu mai dato di rinvenire traccia nè del tratto d'arteria operata, nè del moncone periferico. Tessuti di nuova formazione, duri, fibrinosi, aderenti fra di loro, occupavano quegli spazj. Il tratto invece del moncone arterioso centrale che conteneva il grumo lo abbiamo rinvenuto aderente, ingrossato per nuovi depositi, ed unificato colle parti

circumambienti. Al di sopra però qualche linea di questa saldatura colle parti vicine, il vaso riprendeva i suoi caratteri normali sia in quanto alla sua struttura, come rispetto alla sua configurazione.

Capo III. — *Osservazioni critiche.*

Esposte, quanto più chiaramente da noi si poteva, le nostre ricerche sperimentali sulle arterie, ora ci sia lecito fare qualche osservazione critica sul nuovo processo proposto dal dott. *Secondi.* Avanti però di accingerci a parlare dei risultati finali di questo nuovo metodo, noi per seguire un ordine logico e per rendere ragione del nostro operato dobbiamo innanzi tutto intrattenerci del processo manuale operativo del nuovo metodo. Nella prima parte di questo lavoro i nostri lettori avranno veduto che noi abbiamo minutamente descritto il modo con cui si deve eseguire l' operazione, gli strumenti che occorrono, ed il luogo dove praticarla. Siccome però nella parte operativa furono da noi introdotte alcune lievi modificazioni al metodo proposto dal dottor *Secondi*, da noi coll' istesse sue parole riferiti nella prefazione, così ci troviamo in obbligo di dire qualche parola in proposito onde non siano attribuiti a nostra colpa i poco felici risultati ottenuti dalle nostre esperimentazioni.

Una delle principali modificazioni che noi abbiamo introdotto al processo operativo del dottor *Secondi* a malgrado del suo precetto, fu quella di isolare il

tratto d'arteria, sul quale si deve eseguire l'operazione. Abbiamo già notato fin dal principio alcuni inconvenienti che si incontrano operando ad arteria non isolata, e noi dopo varii esperimenti, persuasi che nulla si debba ommettere di quello che può facilitare l'atto operativo, abbiamo di comune accordo stabilito di isolare l'arteria, e di compiere in questo modo la proposta operazione. La facilità infatti, e la sicurezza colla quale si può eseguire l'operazione ad arteria isolata ci ha fatti perseverare in questo metodo senza che ne seguisse danno alcuno. Alle difficoltà che noi abbiamo già notate operando ad arteria non isolata, possiamo aggiungerne altre che la pratica ci ha fatti palesi. Così, a mò d'esempio, operando ad arteria non isolata la circolazione del sangue dev'essere intercetta mediante una valida compressione esercitata col dito di un assistente sul tronco arterioso. Ora avviene di sovente che il tratto d'arteria che stà al di sotto della pressione privo affatto di sangue, cessando i suoi battiti, contragga le fibre circolari delle sue pareti e restringa in questo modo la capacità del suo lume, sicchè per quanta diligenza e riguardo si adoperi nell'introdurre il trequarti avviene pure talvolta che al più leggiero movimento dell'animale, per una meno scrupolosa accuratezza dell'operatore, si trafigga la parete opposta dell'arteria, con danno dell'animale e minore probabilità del buon esito dell'operazione.—Operando invece ad arteria isolata, l'operatore prosegue più agevolmente l'opera sua. Il tratto d'arteria su

cui si deve operare è affatto determinato ; liberata l'arteria d'ogni involucro, le effusioni di sangue non ne offuscano le pareti, le quali si presentano nude all'occhio dell' operatore; i due fili di refe disposti nel modo che abbiamo detto ne fanno sporgere il solo tratto che si deve operare, liberandolo da ogni rapporto colle parti vicine; e finalmente l' operatore guida con maggiore sicurezza l' istrumento feritore, e può meglio accorgersi quando sia penetrato nel lume del vaso, ed evitare il brusco accidente di ferire la parete opposta dell' arteria. Se compita l' operazione, una forte emorragia richiede che si introduca nel vaso un nuovo pezzettino di spugna, si fa sporgere nuovamente il tratto d' arteria, e così la cannula del trequarti può essere rimessa entro la primiera apertura colla massima facilità e senza punto complicare l'operazione. — Le altre modificazioni sono di sì poco rilievo, e di così lieve efficacia sul più o meno felice esito dell' operazione, che noi ci crediamo esonerati dal tenerne discorso.

Abbiamo tenuta qualche parola sull'isolamento dell' arteria, perchè taluni troppo rigorosi potrebbero farci carico di non avere scrupolosamente seguito il metodo dell'Autore, e derivare da ciò il mal esito dei nostri studj. Le manualità, gli strazj maggiori a cui necessariamente deve andar soggetto il vaso nell' isolarlo, potrebbero per costoro essere una ragione per spiegare l' infiammazione e lo sfacelo consecutivo che abbiamo trovato in quasi tutte le arterie operate. Questa opinione però sarebbe priva di

fondamento, e a parere nostro erronea, perchè sulla osservazione di quasi tutti gli sperimentatori, ed all' appoggio della nostra propria esperienza noi possiamo asseverare con tutta certezza, che la fibra degli animali, e specialmente dei cani, è assai poco sensibile, che essi sopportano le più rozze manualità ed anche gravissime operazioni senza pur guaire e senza consecutivo risentimento, e che in specialità la tolleranza loro del mal trattamento delle arterie è quasi prodigiosa. Noi abbiamo dovuto persuaderci di queste verità nelle prove con frequenza ripetute sulle arterie (sempre denudate ed isolate prima di operarle) coll' azione dell' ago-puntura-elettrica; e specialmente in codesta occasione ci ha sorpresi la insensibilità di questi animali ad ogni sorta di strazii usati alle loro arterie nella delusa speranza di potere determinare artificialmente un' aneurisma. Ma tacendo anche della convenienza o disconvenienza di isolare o nò l' arteria da operarsi, noi non crediamo coll'Autore che *questo processo, che alla semplice descrizione può sembrare complicato, è forse più facile di molte legature, e si riconobbe agevole da tutti i non pochi colleghi che lo videro praticato sui bruti e sul cadavere, e una volta siasi fatto su di questo se ne acquista la massima confidenza.* Per vero dire a denudare l' arteria, a ferirla con un trequarti, ad introdurvi un corpo straniero, a porre riparo alla frequente successiva emorragia, a questo complesso di operazioni occorre una tale successione di momenti, che non lascia senza maraviglia l' u-

dire che tale procedimento viene qualificato agevole. Il consueto metodo della legatura offre ben altra semplicità e speditezza; ed una volta isolata l'arteria è ben più ovvio il passarvi sotto i fili di seta e fare l'allacciatura del vaso, di quello che operare col processo del dott. *Secondi.* Anche la galvano-puntura considerata sotto questo rapporto è per la sua semplicità di gran lunga superiore al metodo del dott. *Secondi.* E se finora la scienza non sa con precisione indicare i suoi vantaggi sopra gli altri metodi conosciuti, ciò devesi soltanto ripetere dalla sua recente applicazione alla cura radicale degli aneurismi, da un resto di ostinazione in un certo numero di chirurghi che disprezzano ogni progresso, dall'audacia di certi progressisti che senza saggio discernimento tentarono l'applicazione dell'ago-puntura-elettrica in casi disperati, e più di tutto si deve ripetere dagli studj troppo limitati che sin qui si sono fatti intorno a questo interessante argomento. Noi intanto crediamo, che quando per un'osservazione accurata e diligente si sarà posta una giusta linea di confine tra gli aneurismi trattabili coll' elettro-ago-puntura e quelli nei quali questo processo potrebbe essere assolutamente controindicato, la galvano-ago-puntura diverrà un metodo comunemente ricevuto, e per gli ottimi risultati che se ne otterranno e per la sua pratica semplicità. I molti casi di piena riuscita che già a quest'ora sono registrati negli annali della scienza parlano in favore di questo metodo; e i molti esperimenti, che

a questo scopo si sono istituiti sui bruti ci fanno credere non lontana l'epoca dell' avveramento del nostro vaticinio.

Dette queste poche parole intorno alla parte manuale di questo processo operativo, diremo ora brevemente che avvenga delle arterie operate col metodo del dott. *Secondi*. Quando egli comunicò al Congresso di Venezia il novello ritrovato non recava che le sue convinzioni, le sue parole, e pochi pezzi di carotidi di pecora e di vitello coi quali intendeva provare l'eccellenza del suo trovato. Tutta invasa la sua mente del bene ch' era per derivare all'umanità dal nuovo suo metodo, egli, dopo aver rammentata l' ingrata proporzione del 40 per 100 di perdita degli individui operati d'aneurismi colla legatura, ed espresso il suo convincimento dei vantaggi affatto eccezionali dell' elettro-puntura, disse *preferibile il suo metodo ai già praticati fin qui, perchè di non difficile esecuzione, perchè di nessun pericolo d' emorragia secondaria, perchè offerente trombo più lungo e più durevole, perchè meno provocante di qualsivoglia legatura la flogosi secondaria, perchè finalmente unica àncora di salvezza per quei disgraziati aneurismi interni, nei quali la condizione patologica delle tonache arteriose rende controindicata o impossibile la legatura.* E per verità a fronte di questi grandi ma ipotetici vantaggi anche noi avremmo battuto palma a palma, se una numerosa serie di esperimenti non ci avesse condotti a ben diverse conclusioni, e non ci avessero persuasi sempre più che

il buon volere e la capacità intellettuale non sono sempre sufficienti a far progredire le scienze, e che in medicina, e in chirurgia specialmente, più che alle speculazioni dell'intelletto ed alle rivelazioni di un' anima generosa bisogna attendere alle osservazioni pratiche ed alle logiche deduzioni dei fatti.

A meglio valutare le modificazioni a cui vanno soggette le arterie operate col metodo del dott. *Secondi*, noi abbiamo istituite le nostre osservazioni ad epoche diverse dalla praticata operazione. Senza seguire di giorno in giorno le modificazioni a cui soggiacciono le arterie, il tempo che abbiamo interposto fra l'operazione ed il loro esame ci ha tracciato assai chiaramente il graduale modificarsi di esse dalle prime osservazioni dopo 24 ore sino alle ultime dopo un mese. Le arterie operate col metodo del dott. *Secondi* s' infiammano, e cadono col progresso del tempo in pieno sfacelo. Ecco il risultato che noi abbiamo cavato dai nostri esperimenti. L' infiammazione che il dott. *Secondi* non crede così facile a svolgersi nelle pareti del vaso, noi l' abbiamo costantemente ritrovata subito dopo 24 ore, molto più palese dopo 48, e così via via fino alla completa suppurazione del pezzo d' arteria (Vedi Capo 2.°). Che se poi il dott. *Secondi* asserisce di non averla mai veduta, questa è naturale conseguenza e dello scarso numero de' suoi esperimenti, e dell'avere sacrificato gli animali poche ore dopo operati, e quindi senza lasciar tempo alle arterie di risentire i tristi effetti del corpo meccanico che contenevano. Il dottor

Secondi dice che se l' infiammazione non si sviluppa entro le prime ore dall' operazione, essa non ha luogo più mai. Perdoneremmo questa strana maniera di argomentare, se i suoi precetti non fossero a ritroso anche delle leggi più ovvie di patologia. Noi sappiamo bensì che un corpo meccanico straniero desta il più delle volte la flogosi delle parti colle quali è in contatto, ma nessuna patologia fin qui ci ha insegnato che scorse poche ore senza che quello desse l' infiammazione questa non debba nascere più mai. Per nostra parte invece crediamo fermamente, ed è provato dai molti nostri esperimenti, che il pezzetto di spugna introdotto nelle arterie, irritando e distendendo meccanicamente le loro pareti, le dispone alla infiammazione della quale si hanno traccie già sensibili dopo 24 ore; e che nel nostro caso specialmente viene dessa grandemente favorita dalla puntura praticata dal trequarti, che ben lontana dall' essere un semplice smagliamento delle fibre circolari delle pareti arteriose, come vorrebbe far credere l' Autore, si deve ritenere come una soluzione di continuità, una vera ferita.

Dalle cose fin qui dette noi crediamo di poter conchiudere:

1.° Che per operare le arterie col metodo proposto dal dott. *Secondi* bisogna denudarle ed isolarle rendendosi così meno difficile l' atto operativo.

2.° Che il metodo del dott. *Secondi*, ben lontano

dall' essere semplice ed agevole, è alquanto complicato e di difficile esecuzione.

3.° Che l' antico metodo della legatura, e quello dell' elettro-puntura offrono per la loro semplicità di esecuzione maggiori vantaggi che questo del dottor *Secondi.*

4.° Che le arterie operate col metodo del dottor *Secondi* s' infiammano e cadono in pochi giorni in pieno sfacelo.

5.° Finalmente che dai nostri esperimenti sui bruti risulta affatto inapplicabile questo metodo negli uomini per la cura radicale degli aneurismi.

Questi sono i corollarj che fluiscono spontanei dai nostri studj sperimentali. Se la scrupolosa esattezza colla quale furono riferite le nostre esperienze, ed una certa manualità pratica acquistata dal lungo esperimentare ci varranno la confidenza dei lettori, noi osiamo credere di avere pienamente risolto l'argomento, almeno in quanto riguarda l' applicazione del metodo del dott. *Secondi* alla cura radicale degli aneurismi. Che se poi al dott. *Secondi* sembrassero insufficienti i nostri studj e precipitate le nostre conclusioni, noi accoglieremo di buon grado quelle qualunque osservazioni ch' egli potesse farci in proposito, persuasi che alle stringenti argomentazioni di numerosi fatti, egli vorrà rispondere con una serie non meno numerosa di fatti. Intanto, in attenzione di più felice esito degli esperimenti che egli potesse instituire, o avesse diggià instituito, noi lo vogliamo assicurato che saremo primi a de-

porre le nostre opinioni, quando i fatti ce lo imporranno, e per i primi faremo plauso all' utilità del suo ritrovato.

Sugli Ospizj degli Esposti in Lombardia, e riforme proposte per il loro miglioramento; Memoria del dott. Giuseppe Sacchi.

La pubblica esposizione dei bambini è una delle piaghe più funeste che desoli questo nostro paese. Noi vogliamo essere franchi per essere veri, e diciamo che l'abbandono dei neonati è uno di que' mali che più d'ogni altro ha bisogno di un sollecito e radicale riparo. E perchè si abbia sott'occhio il vero quadro di questa immensa miseria, noi presenteremo in un primo Prospetto il quadro generale della popolazione lombarda col numero dei bambini stati esposti e la proporzione numerica fra gli esposti e la popolazione: quindi faremo succedere in un altro Prospetto il movimento generale degli esposti durante l'anno 1842 nei nove ospizj de' trovatelli esistenti nelle nove provincie di Lombardia. Sulla base di cosiffatti prospetti noi procureremo di svelare tutta la gravezza di questo pubblico malanno per rendere più evidente l'urgenza dei rimedj (1).

---

(1) Nella compilazione dei prospetti statistici che corredano questa nostra Memoria, noi ci servimmo delle accuratissime notizie state raccolte e pubblicate dal benemerito dott. *Buffini* nelle due opere intitolate: « Ragionamenti intorno alla casa dei trovatelli in Brescia, » del dott. *Andrea Buffini.* — Brescia, 1841, presso la tipografia Venturini. Un Volume in-8.°, di pag. 160. = « Ragionamenti storici, economici, statistici e morali intorno all'ospizio dei trovatelli in Milano, » del dott. *Andrea Buffini.* — Milano, 1844, presso la tipografia di Pietro Agnelli; due Volumi in-8.° con molte tavole illustrative.

Prospetto degli esposti in Lombardia durante l' anno 1842.

Provincie	*Popolazione*	*Numero degli esposti*	*Proporzione fra gli esposti e la popolazione*
—	—	—	—
Milano . . .	582,884	7676	1 su 76
Brescia . . .	350,179	1682	1 » 208
Como e Sondrio	486,898	1310	1 » 364
Bergamo . .	372,374	1103	1 » 338
Mantova . .	233,508	691	1 » 338
Lodi e Crema	218,204	800	1 » 273
Cremona . .	202,541	576	1 » 327
Pavia . . .	168,876	673	1 » 251
Popolazione	2,615,464	14,511	1 » 182

Da questo primo Prospetto raccogliesi quanto sia enorme la proporzione numerica fra gli esposti e la popolazione. Le nove provincie di Lombardia presentano queste tre singolari graduazioni: la provincia di Milano dà, in paragone delle altre provincie, il *maximum* degli esposti, contandosi in essa un esposto su 76 abitanti: il *minimum* dell'esposizione viene presentato dalle provincie di Cremona, di Como, di Mantova e di Bergamo ove si contano gli esposti nella proporzione di 1 su 327 abitanti, sino a 1 su 364 abitanti. La quantità media degli esposti è offerta dalle provincie di Brescia, di Pavia, e di Lodi e Crema ove stanno nella proporzione di 1 su 208 abitanti sino ad 1 su 273 abitanti. Se confrontiamo questo risultamento numerico con quello offertoci dal *Watteville* rispetto alla Francia, troviamo che le provincie di Lombardia si avvicinano a quei dipartimenti francesi che contano la quantità massima degli esposti. La rassomiglianza poi fra Parigi e Milano è quasi identica, mentre

a Parigi si conta un esposto su 67 abitanti, ed a Milano si conta un esposto su 76 abitanti. Questa sola rassomiglianza fa gemere e fremere ad un tempo.

Per far viemmeglio conoscere tutta la gravità del male, pubblicheremo il Prospetto complessivo dei bambini stati esposti in tutte le provincie di Lombardia durante l'anno 1842, indicando il numero dei bambini che si trovavano ricoverati al principio dell'anno, di quelli che entrarono durante l'anno, e dei rimasti alla fine dell'anno stesso, non ommettendo di soggiungere il dispendio occorso pel loro mantenimento. Da questo Prospetto si rileverà che gli esposti ascendevano in principio dell'anno a 14,185 individui, ed alla fine dell'anno erano giunti al numero di 14,511, cosicchè verificossi durante l'anno un aumento di 326 nuovi esposti.

La spesa poi del mantenimento ammontò alla ingente somma di oltre un milione di lire per un solo anno, nella quale spesa il solo ospizio di Milano ne rappresenta più della metà.

Ecco il prospetto:

Ospizj	*Esposti esistenti al 1.° gen. 1842*	*Esposti entrati nel 1842*	*Rimasti al 31 dic. 1842*	*Spese di mantenimento in lire aust.*	
Milano . .	7347	3052	7676	lir.	524,065
Brescia . .	1711	509	1682	»	177,784
Cremona .	548	531	576	»	77,261
Mantova . .	682	353	691	»	52,585
Pavia . . .	706	288	673	»	45,478
Lodi . . .	652	222	636	»	58,788
Crema . .	167	63	164	»	14,059
Como e Sondrio . .	1269	220	1310	»	73,190
Bergamo .	1103	180	1103	»	48,586
Totale	14,185	5418	14,511	lir.	1,071,796

E perchè si vegga quanta parte nell'occorso dispendio abbia avuto il solo ospizio di Milano, riprodurremo a cifre aggruppate il costo di questo stabilimento durante i sei quinquennj decorsi dal 1810 al 1839 e durante l'ultimo triennio dal 1840 al 1842.

Prospetto delle spese occorse pel mantenimento degli esposti dell'ospizio di Milano durante i sei quinquennj decorsi dal 1810 *al* 1839.

			lire anst.
Nel quinquen.° decorso	dal 1810 al 1814	lir.	1,471,899. 18
idem	dal 1815 al 1819	»	1,934,384. 16
idem	dal 1820 al 1824	»	2,042,296. 66
idem	dal 1825 al 1829	»	2,480,696. 19
idem	dal 1830 al 1834	»	2,829,000. 87
idem	dal 1835 al 1839	»	3,051,344. 00
Nel triennio decorso	dal 1840 al 1842	»	1,796,267. 26
		lir.	15,605,888. 32

Quando si pensa che nel periodo di soli 32 anni il mantenimento degli esposti importò all'ospizio di Milano la ingente somma di quindici milioni e seicento e più mila lire, non si può a meno di compiangere la gravezza di un male che va crescendo a dismisura.

Nè si creda che questo sia un fatto meramente accidentale. L'esposizione pubblica dei bambini si aumenta per così dire in una proporzione geometrica.

In prova di ciò si consulti il Prospetto numerico degli esposti stati ricoverati nell'ospizio di Milano dall'anno 1660 sino all'anno 1843.

Prospetto numerico degli esposti stati ricoverati nell'ospizio di Milano nei decennj decorsi dal 1660 *al* 1843.

			Numero degli esposti
Nel decennio decorso	dal 1660 al 1669	. .	N. 4,057
idem	dal 1670 al 1679	. .	» 3,715
idem	dal 1680 al 1689	. .	» 3,590
idem	dal 1690 al 1699	. .	» 5,315
idem	dal 1700 al 1709	. .	» 5,307
idem	dal 1710 al 1719	. .	» 5,104
idem	dal 1720 al 1729	. .	» 4,422
idem	dal 1730 al 1739	. .	» 6,218
idem	dal 1740 al 1749	. .	» 7,054
idem	dal 1750 al 1759	. .	» 7,866
idem	dal 1760 al 1769	. .	» 6,799
idem	dal 1770 al 1779	. .	» 6,812
idem	dal 1780 al 1789	. .	» 9,594
idem	dal 1790 al 1799	. .	» 14,994
idem	dal 1800 al 1809	. .	» 17,344
idem	dal 1810 al 1819	. .	» 21,158
idem	dal 1820 al 1829	. .	» 20,778
idem	dal 1830 al 1839	. .	» 27,737
Nel triennio decorso	dal 1840 al 1843	. .	» 12,158
Numero totale degli esposti dal 1660 al 1843			N. 190,022

Da questo Prospetto apprendiamo che nel periodo di 180 anni il numero dei bambini stati esposti in Milano si è quadruplicato. Questa progressione apparisce dalle cifre stesse del Prospetto, mentre si vede che dopo il primo periodo di 90 anni il numero dei bambini si raddoppia, giacchè dal numero di 4057, in cui erano nel primo decennio decorso dal 1660 al 1669 giungono nel decennio decorso dal 1750 al 1759 a 7866. Trent'anni dopo

questo numero si raddoppia di bel nuovo, e giunge dal 1770 al 1799 a 14,994. Passano ancora 30 anni, e questo numero si raddoppia di bel nuovo giungendo dal 1830 al 1839 a 27,737. Questa progressione è veramente spaventosa. Un fatto così enorme ha dovuto a buon dritto destare tutta l'attenzione degli uomini di senno e di cuore. Non può infatti essere facilmente spiegato questo tristo fenomeno, che cioè nel secolo più sventurato d'Italia, quando era questo paese sottoposto alla rapace ed infingarda dominazione spagnuola, e quando ogni fonte di bene poteva dirsi seccata e spenta, non si esponessero che 400 bambini incirca all'anno, e nei tempi a noi più vicini in cui le fonti del pubblico benessere si schiusero dappertutto, questo numero siasi più che quadruplicato.

Il benemerito dott. *Buffini* nelle sue opere sugli esposti di Brescia e di Milano ha portato una gran luce sopra questo argomento. Egli ha luminosamente dimostrato che non si è punto verificato, come da taluni si era creduto un proporzionale aumento nelle nascite dei figli illegittimi, ma si è invece verificato il fatto di una sempre crescente e deplorabile esposizione di figli legittimi. Egli assegnò più cause a questo fatto delittuoso che dimostra la brutale spensieratezza del nostro popolo. E per iscusare tutta la gravezza di questo orrendo abbandono ha voluto istituire studj speciali sul reciproco rapporto che può in qualche modo stabilirsi fra la carezza dei viveri e la pubblica esposizione dei figli legittimi. Simili ricerche aveva pure istituite *Melchiorre Gioja* nelle sue opere statistiche, ed era riuscito ad eguali risultamenti. Sì l'uno che l'altro di questi scrittori hanno dimostrato che il numero degli esposti legittimi cresce o decresce a seconda dell'aumento o del decremento del prezzo del pane. Il *Buffini*, a cagion di esempio, dimostrò che nel decennio decorso dal 1799 al 1809, mentre il prezzo del pane era in Brescia nella misura di lir. 3. 75

per ogni peso bresciano, si contarono 126 bambini esposti di procedenza legittima. Nel decennio invece decorso dal 1819 al 1828, mentre il pane calò di prezzo sino a lir. 2. 45 aust., i bambini legittimi stati esposti in Brescia discesero al N. di 104. Nel successivo decennio decorso dal 1829 al 1838 il prezzo del pane si elevò in Brescia a lir. 3. 18, ed i bambini legittimi stati esposti salirono a 174.

Anche riguardo all'ospizio di Milano, lo stesso *Buffini* ebbe a notare eguali risultanze. Nell'anno 1800 per esempio, mentre il prezzo del frumento era di lire milanesi 66 al moggio, si inviavano per l'allattamento all'ospizio di Milano 656 figli legittimi. Nell'anno 1809 invece il prezzo del frumento discendeva a sole lir. 27 e soldi 16 al moggio, ed il numero dei bambini legittimi mandati ad allattare all'ospizio, discendeva al numero di 401 individui. Sopravveniva la nota carestia del 1817 in cui il prezzo del frumento saliva sino a lir. 63 e soldi 13 al moggio, e si inviavano all'ospizio 1029 bambini legittimi. Ritornava 3 anni dopo l'abbondanza nei viveri, non costando più il frumento, che lir. 31. 7 al moggio, ed il numero dei bambini legittimi si trovava di bel nuovo ridotto per l'allattamento a 627. Questo costante rapporto fra l'esposizione dei bambini legittimi e la maggiore o minor carezza dei viveri, attenua in qualche parte la gravità del fatto, ma non ne distrugge tutta l'importanza.

Ormai può dirsi che la classe proletaria, specialmente nelle città, ha trovato nell'ospizio degli esposti lo sfogo abituale alla crescente sua prole. Essa non bada più alla propria figliuolanza, ma crudamente la depone nel grembo della pubblica beneficenza perchè essa pensi ad alimentarla ed allevarla. Ora noi pensiamo che quando un popolo è giunto a questa desolantissima condizione, vi è ben poco a sperare pel suo miglioramento, a meno che non si introducano ampie e sollecite riforme.

Dall'opera del dottor *Buffini* raccogliamo questo altro fatto, che il numero dei bambini bastardi esposti all'ospizio di Milano va di anno in anno diminuendo, mentre quello dei bambini legittimi che ivi sono od avviati per l' allattamento od inumanamente consegnati alla Ruota, va di anno in anno crescendo. Ecco un Prospetto numerico che mette in evidenza tal fatto.

Anni	*Bambini legittimi stati esposti*	*Bambini illegittimi stati esposti*	*Numero dei bambini legittimi su 100 esposti*
—	—	—	—
1830	1540	620	62 su 100
1831	1776	972	64 »
1832	1602	942	62 »
1833	1663	969	63 »
1834	1797	950	65 »
1835	1658	979	62 »
1836	1839	984	65 »
1837	1845	957	65 »
1838	1874	984	65 »
1839	1925	951	66 »
1840	2125	902	70 »
1841	1957	920	68 »
1842	2021	900	69 »
1843	2149	862	71 »

Dal Prospetto rilevasi che nel periodo di 14 anni il numero dei bambini bastardi stati esposti si è alquanto diminuito, mentre dal numero di 972 in cui erano nel 1831 discesero ad 862 nel 1843. Il numero invece dei bambini legittimi stati inviati all' ospizio degli esposti, si è nel detto periodo di tempo accresciuto di quasi un quarto. Noi non crediamo che la sola miseria abbia procurato un sì notevole aumento. Sta intanto il fatto che dalla

campagna ben pochi bambini legittimi vengono avviati all'ospizio di Milano, giacchè su mille bambini legittimi stati esposti all'ospizio di Milano, non si contarono che 56 bambini legittimi provenienti dalla campagna. Questo ci prova che il sentimento della maternità è assai più vivo nel contado che non nelle città. Ora la miseria se può essere grande nelle città, non è al certo minore nella campagna. Noi avremmo esempj desolantissimi da citare sul proposito della spensieratezza cittadina in fatto dell'allevamento dei bambini, ma non crediamo prezzo dell'opera di rattristare i nostri lettori colla citazione di storie dolorose quando nel Prospetto statistico che qui abbiamo citato trovasi pur troppo riepilogata a cifre la storia dolorosissima del crescente abbandono della prole cittadina.

Riconosciuta tutta la gravezza del male noi crediamo di poter indicare sin d'ora le vitali riforme che si dovrebbero mandare ad effetto, riservandoci a porgere, ove la necessità lo voglia, una più articolata dimostrazione della loro opportunità e bontà.

Le riforme dovrebbero essere tre, e tutte da eseguirsi contemporaneamente.

La prima sarebbe quella di limitare la beneficenza del ricovero dei bambini esposti ai soli figli illegittimi. Per ottenere questo scopo si dovrebbero chiudere tutte le Ruote ora esposte al pubblico, e ritornare al provvido sistema stato introdotto per ordine dell' imperatore Giuseppe II, il quale nell'anno 1784 prescrisse che si avesse a chiudere la Ruota pubblica accettando i bambini con attestazioni parrocchiali suggellate e segrete (1).

---

(1) Veggasi la legge 20 settembre 1784 intitolata « Metodo per l' accettazione e mantenimento degli esposti nell' ospizio di Santa Caterina alla Ruota in Milano. »

Conservando il beneficio del ricovero ai bambini illegittimi, non è a temere pericolo di infanticidj, i quali d'altronde sono da noi così rari che per numero adequato non se ne conta in Milano che uno all'anno.

La seconda riforma sarebbe quella di istituire nelle città popolose i ricoveri o presepj pei bambini lattanti giusta le norme già da noi tracciate (1).

Coll'istituzione dei proposti presepj andrà un pò alla volta cessando la snaturata esposizione dei bambini legittimi e le madri povere ritorneranno di nuovo ad essere madri.

La terza ed ultima riforma sarebbe quella di istituire pensioni modiche di baliatico da concedersi alle madri povere, le quali non possono esse medesime allattare, oppure hanno bisogno quando allattino di avere un giornaliero sussidio in compenso del tempo che non possono utilizzare lavorando agli opificj.

Con queste tre riforme si conseguirebbero due immensi beneficj, l'uno economico e l'altro morale.

Riguardo al bene economico, osserviamo che la spesa pel mantenimento degli esposti potrebbe senza soverchio aggravio essere posta a tutto carico dello Stato, come avviene in Francia, in Germania, ed anche in Russia. Da noi invece questo dispendio viene sostenuto innanzi tutto a carico delle rendite proprie degli ospizj degli esposti, quando ne hanno; poi per una parte a carico dello Stato che concede annui, ma limitati assegnamenti, e pel resto si supplisce coi fondi proprj degli ospedali degli infermi.

Pel solo ospizio degli esposti di Milano si spese dal-

---

(1) Veggasi la nostra Memoria intitolata « Sui ricoveri dei bambini lattanti, » stata inserita negli Annali di Statistica nei fascicoli di novembre e dicembre 1848.

l'anno 1829 al 1838 l'ingente somma di 5,822,988 lire aust. In questa complessiva spesa concorse lo Stato nella somma di 3,223,528 lire aust. L'ospizio vi consumò tutte le sue rendite per la somma di 327,904 lire, e l'ospitale civile degl'infermi dovette venire in sussidio della pia casa colla imponente somma di 2,271,555 lire. Lo spedale costretto a sovvenire una somma tanto considerevole dovette distrarre una parte importante della stessa sua sostanza patrimoniale, e dovette così consumare contro la volontà espressa dai benefattori una gran parte di capitali stati disposti pei soli infermi. Quando in vece si ammettessero le riforme da noi proposte, i brefotrofi erogherebbero le loro speciali rendite giusta la mente dei testatori, i quali non ebbero contemplazione che pei soli bambini esposti per nascita illegittima, ed all'insufficienza delle rendite supplirebbe lo Stato con congrui assegni. Nè il dispendio sarebbe grave. Noi infatti vedemmo dal Prospetto qui riprodotto che su 100 bambini esposti, 70 sono legittimi e 30 illegittimi. Il dispendio pel mantenimento dei soli figli illegittimi, si ridurrebbe ad un terzo dell'attuale spesa. Quindi per Milano la spesa annua di mantenimento invece di essere di lir. 600,000, si ridurrebbe a sole lir. 200,000. L'ospizio vi erogherebbe tutta la sua rendita di lire 36,000, e le residue lire 164,000 potrebbero essere corrisposte a carico dello Stato, il quale risparmierebbe la metà dell'assegno attualmente accordato, e che passa le 300,000 lire.

I bambini legittimi da ricoverarsi nei presepj pei lattanti sarebbero, giusta il progetto da noi proposto, per una parte a carico delle stesse famiglie, e per una parte a carico dei benefattori ascritti alla detta pia causa.

Le pensioni poi da concedersi a titolo di baliatico a favore delle madri povere, dovrebbero porsi a carico degli « Istituti elemosinieri » da sussidiarsi opportunamente con ispeciali elemosine di benefattori. Nè crediamo che

possano legittimamente sottrarsi gli «Istituti elemosinieri» da questa obbligazione, in quanto che trattasi di assegnare alle famiglie povere i mezzi di mantenimento dei loro neonati. Noi anzi brameremmo che i sussidj di baliatico fossero dati come una appendice dei così detti assegni dotali, giacchè ne sembra una vera derisione quella di eccitare artificialmente cogli assegni di dote le famiglie povere ad unirsi in matrimonio per abbandonarle poi del tutto quando sopravvengono i legittimi frutti del matrimonio medesimo.

Se finalmente consideriamo le proposte riforme sotto l'aspetto del bene morale che saranno per arrecare, troveremo innanzi tutto stabilita una assoluta separazione fra la prole illegittima e la legittima. Mediante questa separazione, i figli della colpa non saranno più confusi con quelli nati da legittimo connubio, ed a questi ultimi non sarà più tolto lo stato civile che hanno diritto di conservare. Nei brefotrofj limitati alla sola accettazione dei figli illegittimi, si potrà scorgere se sussiste in fatto che la pubblica dissolutezza vada piuttosto diminuendo anzichè accrescendosi, e col dilicato ministero che esercita il clero parrocchiale si potrà forse ottenere che gl'illegittimi connubj vengano consacrati dal doppio vincolo del culto e del civile contratto. La diminuita ricorrenza dei figli esposti agli ospizj renderà più agevoli i mezzi del loro allevamento, e più copiose le elargizioni dei benefattori.

La proposta istituzione dei presepj nelle città e nei borghi più popolosi restituirà l'affetto materno ai neonati, e renderà meno doloroso il martirio della maternità. Questa istituzione raccoglierà intorno ai bambini poveri le madri più agiate, e stabilirà un nuovo consorzio di beneficenza che varrà più che tutto a far cristianamente fraternizzare le classi ricche colle indigenti. E così si dischiuderà al paese un nuovo tesoro di atti generosi e di sociali virtù.

I sussidj delle pensioni di baliatico da porsi a carico degli « Istituti elemosinieri », mercè l'ajuto di speciali beneficenze, lasceranno alle famiglie povere la responsabilità della scelta delle nutrici e le costringerà in qualche modo ad aver cura esse stesse della loro figliuolanza (1). Quando una madre si troverà assistita nella pensione che deve dare ad una nutrice, non potrà rendere scusabile lo spensierato abbandono della sua prole, e la legge colle sue autorevoli sanzioni e la pubblica opinione col suo potente sindacato, sapranno tenerla in freno se volesse disertare dal suo posto materno.

Le riforme che noi proponiamo non sono soltanto il frutto delle personali nostre convinzioni, ma sono il risultato ultimo della scienza della carità, la quale in base ad inesorabili cifre statistiche ha potuto conoscere tutta la gravità del male, e non ha trovato altri rimedj fuorchè quelli da noi indicati.

Sopra un caso di rabbia umana, descritto dal medico napolitano sig. dott. Ferdinando Palasciano; *Osservazioni di* Luigi Toffoli, *accademico linceo, ecc., lette nell' Ateneo di Treviso.*

Rien n'est plus nuisible qu'une vieile erreur au progrès de la science.

Liebig.

Se giustamente scrive il sig. *Liebig*, nome chiarissimo e caro agli odierni cultori delle scienze fisico-

---

(1) A Cremona gli « Istituti elemosinieri » sostengono già da molti anni il peso del baliatico per le madri povere, con immenso beneficio di quella popolazione.

chimiche, che non havvi cosa più nocevole ai progressi della scienza quanto i vecchi errori; non sarà mai soverchio il tornare e l'insistere con tutta la forza dell'animo sulle verità ad essi contrarie: tanto più quando vediamo quegli errori giornalmente riprodursi, e ricever quasi novella sanzione. Questo ho cercato di fare nel presente mio scritto.

In una lettura fatta in altra Accademia, avendo già condotto a termine il mio « Trattato generale sulla idrofobia rabbiosa », io mi proponeva, e come dovere e come ricreamento delle mie cure, di tener viva l'attenzione del pubblico, sottomettendogli, all'occasione, la rigorosa disamina di quegli articoletti che sul gravissimo argomento, a me prediletto, dell'idrofobia a quando a quando leggonsi ne' medici giornali e per fino (a danno maggiore del popolo) nelle gazzette: poichè se non prendiamo le armi quando il nemico, direi quasi, vi ci provoca, la scienza non darà passo per secoli, e l'umanità continuerà a soffrire. — In quella lettura io faceva qualche ragionevole osservazione sopra la pretesa efficacia di un nuovo rimedio preservativo o profilattico dell'idrofobia, inviato dal dott. *Karsten* all'Accademia delle scienze prussiana (V. « Memoriale della medicina contemporanea ». Venezia, 1847, fascicolo di novembre e dicembre). E ora una nuova occasione è venuta di una materia importante, e che, se male non avviso, merita di essere al tutto riprovata. E non posso non altamente meravigliarmi come i medici studiosi, specialmente dopo gli

attuali progressi e le scoperte fatte intorno alla rabbia, lascino divulgarsi su tanto serio argomento certe scritture senza sottoporle al più severo esame.

Tempo fa un dotto e studioso medico lombardo mio amico, dimorante allora in Padova, asseveravami aver letto negli « Annali universali di medicina » di Milano un articolo di un medico napoletano che distruggeva interamente la scoperta del prof. *Agostino Cappello* di Roma, consistente in ciò che la rabbia non è più atta ad essere trasmessa dopo la seconda generazione. Ognuno può immaginarsi, se io volai impaziente a leggere l'articolo onde la mente del medico mio amico era stata abbagliata; e nel fascicolo di luglio 1846 di quelli « Annali », tra varie storie d'idrofobia scritte dal dott. *Ferdinando Palasciano*, e riportate dal napoletano « Giornale di scienze mediche », lessi la terza storia ch'è la seguente.

« Domenico Majone, mentre voleva assoggettare e governare un cavallo furioso, ricevette da questo un morso sulla faccia interna del braccio dritto, addì 4 marzo 1844. Indi a poco si venne in chiaro che trentacinque giorni prima quel cavallo era stato morsicato da un cane rabbioso; e però se ne procurò la morte a colpi di fucile, mentre, grondante schiuma dalla bocca, mordeva tutti gli oggetti che si trovavano in una scuderia nella quale fu dato chiuderlo. Non si potette impedire che prima della sua morte avesse morso l'altro cavallo suo compagno, il quale nel seguente giorno essendo andato soggetto ad accessi di furore con voglia di mordere, si pensò bene di ammazzarlo ugualmente perchè

non foss' esposta qualche altra vittima a simili disgrazie. Intanto dopo due giorni entrava il Majone nell'ospitale de' Pellegrini per essere curato della sua ferita lacero-contusa, composta di quattro buchi nell'indicato sito. Per lo che gli si praticò un salasso, e la ferita fu medicata semplicemente con cataplasma. Nel giorno undici marzo mentre in apparenza procedevano bene le cose cominciò il ferito a delirare senza febbre nè altro fenomeno di sorta alcuna; onde nacque controversia tra i chirurghi di quello stabilimento; alcuni vedendo nel Majone un arrabbiato; altri attribuendo il delirio alle semplici condizioni meccaniche della ferita, dappoichè mancava, secondo essi, la idrofobia. Ciò non pertanto la ferita fu cauterizzata con generose dosi di butirro di antimonio ed acido nitrico concentrato; ma il delirio divenendo furioso fu l'individuo inviato all'ospitale degli Incurabili nel dì 14 marzo. Pallida e spaventata aveva la fisonomia, color naturale, polso ad ottanta battute, lingua con patina bianco-gialletta, avversione perfetta ai liquidi, delirio furioso tanto che per assoggettarlo nel letto di forza vi abbisognarono cinque robusti facchini; gonfie intanto e livide erano le ferite. Se ne cominciò la cura con un salasso generosissimo sottraendogli quattro in cinque libbre di sangue, che fu coagulato senza cotenna e con pochissime once di siero; furono applicati cataplasmi sul tumore della ferita, ed internamente somministrati la *belladonna* e il *vino* del *de Nouveau*. I quali medicamenti per verità furono ingollati, ma non senza quella specie di singulto che suole accompagnare la deglutizione di questi infelici quando anche si è stati così fortunati di veder finita la idrofobia. Il delirio di poi divenne scherzevole, e l'ammalato mangiò e bevve alquanto di acqua; ma dopo 24 ore di questo apparente miglioramento si ridestò il delirio furioso, che abbisognò di altro salasso per essere vinto, seguitandosi l'uso

delle anzidette medicine; e finalmente al terzo giorno comparsi i soliti fenomeni di collasso, non senza quella fatale injezione della congiuntiva oculare, l'ammalato, senza mai più delirare, morì ».

Ora non è già mio scopo parlare della cura usata col Majone, tanto prima quanto dopo lo sviluppo della malattia. Dirò tuttavia che in quanto alla cura preservativa o profilattica non intendo perchè siensi applicati alla ferita i cataplasmi invece di prontamente allargarla, occorrendo, e ricorrere ai copiosi e ripetuti lavacri prima coll'acqua fresca, poi col cloro liquido, passando poscia alle ventose, ed in fine ad una profonda ed esatta ustione col caustico attuale, mantenendo di poi la suppurazione col cerotto vescicatorio. Ciò dico soltanto perchè a quel che scorgo, il medico napolitano riteneva che la morsicatura del cavallo arrabbiato potesse comunicare l'idrofobia al Majone! Quanto poi alla cura della malattia già dichiarata, confido, che se avessi fidato nel vino del *de Nouveau* lo avrei adoperato solo, unico modo a conoscere quel che esso possa in così formidabile morbo; mentre amministrando contemporaneamente la belladonna, rimedio eroico e dotato, se non erro, d'azione diametralmente opposta a quella di detto vino, è certo che se il Majone fosse guarito, il dott. *Palasciano* non avrebbe saputo a quale de' due rimedj attribuire la guarigione. Ma non avendo io la minima fiducia nel vino del cavalier francese (faccio anche osservare che questo farmaco empirico non si usò che come preser-

vativo), avrei usata ad alta dosa la belladonna sola (guardando l'ammalato in camera non ventilata, e chiusa affatto alla luce) tanto raccomandata da Autori gravissimi, e colla quale il prof. *Sauter* vanta in questi ultimi tempi due guarigioni a idrofobia sviluppata (1): ben intesi che l'avrei usata non a dosi omiopatiche, ma a dose altissima o, come dicono i medici, fino alla tolleranza o capacità morbosa. — Ma riserbandomi a diffondermi su questo grave argomento nella parte terapeutica della mia « Opera generale sulla rabbia », vengo allo scopo vero di questo mio scritto.

Dalla storia surriferita sembra che il dott. *Palasciano* ritenesse che il cavallo rabbioso avesse col morso comunicata la malattia al cavallo compagno, dappoichè scrive: « Non si potette impedire che prima della morte avesse morso l'altro cavallo suo compagno, il quale nel seguente giorno essendo andato soggetto ad accessi di furore con voglia di mordere, si pensò bene di ammazzarlo ». Ma, domando scusa: il sig. dott. *Palasciano* così pensando mostrò di non essere molto esatto sul grave argomento che aveva alle mani. Difatti nello spazio di uno o due giorni non si svilupperebbe la rabbia in un cavallo, quantunque fosse stato morsicato, non già da un altro cavallo arrabbiato, ma dall'animale solo atto a comunicargliela, cioè da un cane preso da rabbia primitiva.

---

(1) V. « Bollettino delle scienze mediche di Bologna », fascicolo di luglio 1840.

Ma tiriamo avanti, e veniamo al Majone. Il 4 marzo 1844 quell'infelice fu addentato dal cavallo già morsicato dal cane, e il giorno 11 dello stesso mese svilupparonsi in lui i sintomi precursori della malattia; e questa è dovuta, secondo il *Palasciano*, alla ferita de' 4 marzo. Ma, sia con pace dell'egregio dottore, io non posso concedere nemmen questo. Difatti ne' molti e molti anni ch' io vado osservando e meditando anche sulla più o men lunga delitescenza o incubazione della malattia in discorso, non mi fu mai dato vederla svilupparsi nell'uomo, dietro morsicatura di cani primitivamente arrabbiati, prima di 30 o 50 giorni. Il valente osservatore dott. *Triberti*, medico primario anziano dell'ospital maggiore di Milano, scrive che di diciotto idrofobi morti in quello istituto, in nessuno sviluppossi la malattia prima del giorno ventesimoquinto dalle ferite riportate. *Trolliet* narra, è vero, che in taluno sviluppossi la rabbia fra il 14.° giorno e il 30.° Ma è d'uopo osservare che in quei casi descritti dal medico francese, trattavasi di ferite profonde per morsicatura di lupi, e sempre al viso e alla testa. Vero è del pari che *Pouteau* narra d'un uomo morsicato da un cane alla mattina, e preso d'idrofobia già alle tre pomer. del giorno stesso; e che un caso consimile accenna *Mead*. Ma questi esempj, come pur quello riferito da *Astruc*, d'un infermo preso di rabbia in meno di tre giorni dopo essere stato morso alle tempie, non devono risguardarsi al più come casi d'idrofobia sintomatica (« Dictionn. des sciences médica-

les ») o, meglio direbbesi morale; e chiunque conosca il caso descritto dal prof. *Barbantini* sarà di questo avviso (1). In somma secondo gravi e diligenti Autori, e secondo la mia lunga esperienza, pare non esservi periodo determinato entro i cui termini si sviluppi la malattia dopo la morsicatura: ma pure si è calcolato, scrive *Cooper* (nel più de'casi), che d'ordinario i sintomi di essa si manifestano soltanto fra il 30.° e il 40.° giorno.

Quale fu dunque la causa della malattia e della morte del Majone? Per me, e credo di non andare errato, la scorgo chiarissima. Carattere costante del cane rabbioso è, che quando nella esacerbazione nervosa esso si trova vicino a degli animali, non si contenta già di addentare uno solo, ma tutti senza interruzione li addenta, uno dopo l'altro, in brevissimo momento, fossero anche moltissimi. Ora il Majone, che come cocchiere e custode de' due cavalli si sarà trovato in istalla con essi quando il cane morsicatore (di provenienza primitiva) addentò il primo cavallo, e subito dopo credo io certamente anche il secondo, ne venne morsicato egli pure. Se non che egli conservò su questo fatto il più rigoroso silenzio, come da me fu osservato usarsi quasi sempre da questi sventurati, e quindi rimase nascosta la causa vera della sua malattia. Questa è la mia ferma opinione.

---

(1) V. « Giornale di chimica, fisica », ecc., de'prof. *Brugnatelli*, *Brunacci* e *Configliacchi*, Dec. 1, Tom. X, pag. 40.

Fa poi meraviglia, che un chiaro medico dell'Italia meridionale, scrivendo d'idrofobia ai nostri tempi, si mostri all'oscuro delle odierne scoperte intorno ad essa, e segnatamente di quella del chiarissimo prof. *Cappello* di Roma, letta all'Accademia de'Lincei fino dal 1823, pubblicata nello stesso anno (1), ristampata nel 1830, ed inserita in varj medici giornali. Dovrebbe infatti non ignorare il sig. dott. *Palasciano,* che questa terribile malattia non può essere trasmessa che da animali presi da rabbia spontanea o primitiva. E questo spontaneo svolgimento di essa essendo proprio soltanto degli animali de'generi *canis* e *felis* (come lo scrivente ha dimostrato con tutta evidenza, unitamente alla causa vera di quello spontaneo sviluppo con una serie di fatti irrefragabili), è chiaro che un cavallo colto di rabbia non è atto a trasmettere questa malattia ad altri animali. Nè d' altra opinione è il sig. *Huzard,* il quale in una Memoria letta all'Istituto di Francia provò che i quadrupedi erbivori presi da rabbia non valgono a comunicarla; proposizione confermata poi da sperimenti ed osservazioni istituite nella Scuola veterinaria di Alfort. Così pure il prof. *Dupuy* non potè mai comunicare questa malattia alle vacche ed alle pecore, per quanto stropicciasse le artificiali ferite lor fatte con una spugna cavata di bocca ad animali della stessa classe presi da rabbia. Di più egli osservò, fra parecchi animali, delle pecore rabbiose senza che

(1) Ann. univ. di med., Vol. XXX, pag. 63 (1824.

la malattia si comunicasse ad altre pecore, ad onta che queste venissero morsicate da quelle prime in parte scoperte di lana. *Gilman* tentò colla saliva di un majale rabbioso d'inoculare la malattia a due conigli, ma non ci riuscì. Io medesimo con la saliva di cavalli, bovi, uomini morti rabbiosi ho molte volte inoculato de'conigli, delle anitre e delle oche (animali per l'organica loro costituzione più atti dell'uomo a sentire l'influsso del *virus* idrofobico); ma non per questo vidi mai svilupparsi in essi la rabbia. Tutto questo concorre a provare che la rabbia comunicata, secondaria o acquisita, non è atta a riprodursi più oltre; e con molti esperimenti lo provarono del pari gl'inglesi *Gauthier, Vaughan, Babington, Zinoh,* nonchè i francesi *Gérard, Piraud, Paroisse*, ed in Italia il *Cappello* ed altri diligenti osservatori. Un solo caso parrebbe provare, che la rabbia potesse trasmettersi al terzo animale, ed è quello annunziato molti anni sono da'dottori *Magendie* e *Breschet*; ma anche posto, se mal non mi appongo, parmi averlo confutato in modo chiaro ed incontrastabile. (V. le varie mie Memorie sulla rabbia, specialmente le pag. 43-44 della mia « Istruzione popolare ». Padova 1846).

Perdoni a tanto ardimento di me non medico, il sig. dott. *Palasciano*, il quale poi non dovrebbe nemmeno ignorar esser io un caldo propugnatore e banditore delle recenti scoperte sulla rabbia, le quali segnano oggidì nella scienza un'era novella. Voglia in esse addentrarsi, e senza dubbio si convincerà che il

cocchiere Majone non morì d'idrofobia per morsicatura di un cavallo rabbioso, ma sì per morsicatura di un cane preso da rabbia primitiva. Questa è la mia opinione che con tutta coscienza proclamo e sono pronto a sostenere. — E se qualche rigido oppositore, poco versato in questi studj, non ne fosse persuaso, e si rifiutasse a verità così chiare e dimostrate, mi accorderà se non altro che il fatto descritto dal medico napolitano non infirma menomamente la scoperta del *Cappello*, cioè che la rabbia secondaria non è atta a trasmettersi ad un terzo animale.

Padova li 25 luglio 1849.

Medico-Chirurgical Transactions, etc. — *Transazioni medico-chirurgiche pubblicate dalla R. Società medico-chirurgica di Londra. Vol. XXXI. Londra, 1847. — Un Volume di pag. 522 in-8° con tavole litogr. (Estratto).*

Osservazioni sulle ostruzioni intestinali dipendenti da cause interne, e sui mezzi da impiegarsi per guarirle; del dottor Beniamino Phillips.

Questa Memoria è una coscienziosa monografia delineata da un distinto chirurgo, che cansacrò alla sua compilazione non meno fatica che dottrina. L'oggetto della medesima è discutere specialmente il valore degli esperimenti operativi nel trattamento delle ostruzioni intestinali; soggetto questo che i più ardimentosi progressi della moderna chirurgia, per rispetto alle malattie addominali, hanno in questi ultimi tempi portato

più sovente in discussione. Niuno forse poteva essere meglio che il dottor *Phillips* competente alla presente investigazione; e noi siamo d'opinione che la scienza molto gli debba per la sua intrapresa di dimostrare statisticamente tutto ciò che è stato fatto, e con quale successo, dalla gastrotomia nelle ostruzioni del canale intestinale.

Premesso che dalla Memoria di *Hevin* in poi il soggetto non fu più compiutamente considerato, fuorchè nelle poco conosciute Tesi di *Manovry* e *Bonnet*, osserva il dott. *Phillips* che la pratica di un uomo solo, per quanto ampie possano essere le sue opportunità d'osservazione, è insufficiente a fornirgli dati da cui trarre una soddisfacente conchiusione; ma che i casi ricordati e da lui raccolti lo autorizzano al tentativo di posare sovra base più illuminata la questione della diagnosi e del trattamento.

E ad oggetto di pienamente considerare queste affezioni, egli si propone: 1.° di dichiarare ciò che intende per ostruzioni intestinali dipendenti da cause interne; 2.° di indagare se i sintomi da cui sono caratterizzate siano così chiaramente contrassegnati da renderne soddisfacente la diagnosi; 3.° di accertare se si possa affidarsi agli ordinarii mezzi di trattamento pel loro sollievo, o se si debba ricorrere ad operazioni chirurgiche, dirette sia a rimuovere l'ostacolo, sia a stabilire un ano artificiale.

I casi d'ostruzione raccolti dal dottor *Phillips* sono 169, de' quali 136 già per altri pubblicati, e 33 tuttavia inediti, od all'Autore comunicati particolarmente, o osservati da lui medesimo.

Sotto nome di ostruzione intestinale vengono dall'Autore compresi tutti gli ostacoli meccanici situati entro la cavità addominale che, colla loro azione sul tubo intestinale, intercettano il corso della materia

fecciosa. Esse possano essere cagionate da un accumulamento di materie entro il canale, le quali intercettino il tubo (siano poi queste materie o feccie indurate, o concrezioni biliari o diverse, ovvero prodotti morbosi), con invaginamento, per attortigliamento o per contrazione dell'intestino medesimo; o possono essere conseguenze di azioni morbose; o avvenire per cause operanti al di fuori del tubo, come tumori che premano l'intestino o legamenti che lo costringono; ovvero per costringimento esercitato per mezzo dei margini resistenti di un'apertura anormale.

Questa definizione, osserva l'Autore, esclude una classe di casi in cui l'ostruzione può essere completa, ed i sintomi ciò non di meno somiglianti a quelli delle ostruzioni qui poste in esame, — vale a dire i casi di malattia dell'appendice cecale. In questi, quantunque possa esistere egualmente costipazione ostinata, vomito di materie fecciose, aspetto angoscioso, dolore addominale, evvi generalmente indizio sufficiente a dirigere l'attenzione alla fossa iliaca destra, ed a rendere chiara la diagnosi tanto che basti, perchè siano da considerarsi a parte.

Le ostruzioui che qui si considerano non sono altrimenti rare; *Louis* non le scoperse però che tre volte in 500 autopsie; *Paget* due volte in 224 autopsie; *Prescott-Hervett* nove volte in 760 casi. Parrebbe dal totale che di queste ostruzioni se ne trovasse una sopra 100 autopsie.

Rispetto alle cause d'ostruzione sovra indicate, è difficile il dire quale sia la più frequente; ma stando alle relazioni dei casi, l'invaginamento occuperebbe il primo luogo. Dei 169 casi che formano la base di queste osservazioni, sessantatre erano esempi d'invaginamento, sedici erano cagionate da pressione di tumore per di fuori, diciannove risultavano da stringimento per

malattia delle pareti, undici da tumori intra-intestinali, da concrezioni o da feccie indurate, e sessanta erano causate o da costringimento per legamenti, per adesioni, per passaggio dell'intestino fra aperture anormali, ovvero da avvolgimento dell'intestino sopra sè stesso.

I segni ordinarii delle ostruzioni intestinali non sono spesso che costipazione con più o meno sconcerto dello stomaco e dell'addome, e questi sintomi si possono prontamente mitigare. Quando l'ostruzione è più ostinata, i sintomi sono più gravi; può sopravvenire vomito, ed eziandio di carattere feccioso, in molti casi ottenersi ciò nondimeno un miglioramento coi mezzi ordinarii, sebbene con maggiore difficoltà. Se l'ostruzione è causata da un agente meccanico e resistente, si può manifestare la stessa serie di sintomi, i quali si fanno più gravi in proporzione della loro durata. L'aspetto assume una espressione di angoscia, l'azione del cuore è accelerata, del pari che la respirazione, e v'è gran prostrazione e perdita del sonno, ma le facoltà intellettuali rimangono illese. V'è però molta varietà negli associamenti di questi siutomi. Il *dolore*, per esempio, può manifestarsi repentino e violento, ovvero non esservi che occasionale mal'essere, e il dolore essere o diffuso o circoscritto; ma avanzata che sia la malattia, tutta la cavità è comunemente sensibile o dolente. Il dolore è talvolta continuo, ma comunemente a parossismi; qualche volta anche non v'è dolore considerevole per tutto il corso della malattia fino alla morte del paziente, quantunque questa possa avvenire entro le ventiquattr'ore. *Morgagni*, *Fleury*, *Spry* ed altri ricordano esempi di questo genere.

La *costipazione* è d'ordinario completa; ma si danno casi d'invaginazione, in cui si evacuano poche feccie miste a muco sanguigno, e talvolta si unisce tenesmo. Gli altri casi d'ostruzione sono di rado accompagnati da

evacuazioni oltre a quelle procurate dallo svuotarsi gli intestini crassi.

Il *vomito* manca di rado in questi casi ; e d'ordinario progredisce fino ad assumere un carattere feccioso. In molti casi però il vomito non è angoscioso nè portato fino al grado feccioso o accompagnato da molto patimento.

Lo stesso può dirsi della *tensione addominale;* è comunemente notabile e fastidiosa al paziente ; ma vi sono molti casi d'ostruzione, per cause diverse, in cui l'addome è comparativamente molle.

Questi segni possono esistere nella loro totalità ed intensità in qualunque caso d'ostruzione, da qualunque causa sia prodotta. Ma siccome è desiderabile determinare per quanto è possibile la causa d'ostruzione, potendo essa influenzare il nostro piano di condotta circa al trattamento, conviene cercare di verificare se la causa particolare dell'ostruzione venga indicata da alcuna particolare modificazione dei sintomi sovra enumerati.

Con questo scopo l'Autore presenta casi delle diverse varietà di ostruzione già descritte, col dettaglio dei più prominenti sintomi connessi ai medesimi, venendosi così ad illustrare la somiglianza dei sintomi prodotti, e la difficoltà di stabilire la diagnosi differenziale della malattia.

M. J., d'anni 45, uomo di vita regolata ed attiva, era soggetto a costipazioni di ventre, per le quali prendeva giornalmente una pillola aloetica. Avendo il giorno 30 giugno presa acquavite mista con acqua, si risvegliò il mattino seguente irrigidito, e con un senso di fastidio nel ventre inferiore, che tosto divenne dolore. Fu salassato al braccio, ebbe sanguisughe all'addome e fomenti, prese calomelano ed oppio, olio di ricino, ecc., ma tutto ciò senza frutto. Alle tre ore della mattina del 2 luglio, fu visitato dal dottor *Todd* che lo trovò in gran

tormenti; l'addome era timpanitico e sensibilissimo al tatto, sonoro alla percussione sull'epigastro, ma ottuso nelle regioni pubica ed epigastrica: la voce era tremula, la respirazione rapida, l'aspetto affannoso. Da ventiquattr' ore non aveva avuto evacuazioni nè alvine, nè di orina: il vomito erasi manifestato una sola volta dopo un austo narcotico. Polso 120, debole; estremità fredde; intelletto lucido. Gli si ordinò oppio in ampia quantità, e nutrimento. Morì sei ore dopo senza alterazione nei sintomi.

Autossia, 3 luglio. — Peritoneo di color piombino con placche rosse; un pò di siero torbido nella pelvi; qualche fiocco di linfa molle sugli intestini tenui. L'estremità di questi era per la lunghezza di un piede e mezzo sana, vuota e contratta; ma superiormente erano dessi molto dilatati e pieni di feccie liquide. Lo stomaco parimenti era molto dilatato e pieno di liquido. La transizione della porzione dilatata alla contratta era brusca e subitanea, nè eravi segno di costringimento o compressione esterna. La membrana mucosa dell' intestino era lievemente rossa, ma non presentava segno di infiammazione. La membrana musculare era di colore bruno.

Segue un caso d'ostruzione per un calcolo biliare. Una vecchia signora non aveva avute evacuazioni alvine dalla mattina del mercoledì fino al mezzodì del seguente lunedì, ad onta dei più attivi catartici. Aveva frequenti parossismi di dolore e di vomito, ma l'addome era poco o nulla disteso, e non sensibile. Finalmente il vomito si fece stercoraceo e consistente in un liquido sottile, bruno, di cattivo odore. Il dott. *Mayo* e il dott. *Arnott* si associarono col dottor *Watson* medico della cura, e mentre stavano ritoccando l'addome, la signora osservò che le loro mani erano molto pesanti, e che le pareva che la pressione avesse spostato qualche cosa. E

l'evento provò che ciò doveva essere accaduto, perchè bentosto il ventre si aprì, e passò un liquido simile alle materie vomitate. Il dì dopo in una di tali scariche evacuò una massa dura della grossezza d'una noce, che si verificò essere un calcolo biliare, impegnato probabilmente molto in su.

Un *terzo* caso descritto da *De la Martiniere*, era proveniente da feccie accumulate. — Un giovine di 18 o 20 anni aveva mangiato una quantità di uova sode nell'intento di arrestare un'ostinata diarrea. Seguì una costipazione resistente a tutti i rimedii, ed accompagnata da tutti i sintomi del volvulo, — da vomito, dolore addominale, tensione. Salassi e purgativi furono senza effetto; crebbe l'urgenza dei sintomi, ed il vomito divenne furioso. Si amministrò mercurio, ma il vomito feccioso continuava, ed il giovine morì dopo qualche giorno. Gli intestini si trovarono prodigiosamente distesi fra lo stamaco ed una colonna di feccie indurate, impegnate nel digiuno.

Il *quarto* è un caso d'ostruzione cagionata da un tumore intra-intestinale, ed occorso al dott. *Allen*. A. R., d'anni 38, fu da lui visitata il 3 febbrajo: accusava dolore di stomaco e costipazione. Le ordinò hyd. chlor. c. opio, e poscia olio di ricino. Il dì dopo stava peggio; il ventre era chiuso; vomito verde fetido, dolore alla pressione. Ordinate quindici sanguisughe sull'addome, calomelano ed oppio ogni sei ore, ed in seguito clistere. Il giorno 5 questo stato continuava; il polso era a 90. Ordinate sanguisughe, acido idrocianico, ecc. Il 6, dolore più intenso a parossismi, e flati. Ordinato un salasso di onc. xij. Al 7 il dolore non tornò che alla sera, e fu seguìto da vomito feccioso. Altro salasso. Le forze decadevano, e il vomito continuò fino al 20. In seguito i clisteri operarono, e al 23 le evacuazioni succedevano anche senza il loro soccorso; vomito meno frequente,

miglioramento sensibile. Al 9 marzo stavasi seduta sul letto, all orchè sentì qualche cosa a muoversi nell'addome, e quattordici ore dopo morì.

Nell' ispezione, si trovò una gran quantità di sottile materia escrementizia spumosa nella cavità addominale. Eravi una piccola rottura nella parte inferiore dell'jejunium, il quale era per la lunghezza di sedici pollici in istato gangrenoso. Sotto alla rottura l' intestino era occupato da un corpo carnoso solido e fibroso lungo circa tre pollici. Era connesso alla membrana mucosa da un sottilissimo collo. Esso aveva prodotto qualche invaginamento.

Il *quinto* caso era una contrazione maligna del colon. H. C., d'anni 36, era medico assistente della « St. Marylebone Infirmary »; egli era soggetto a frequenti irregolarità nelle funzioni degli intestini, ed aveva avuta una fistola all'ano. Un giorno dopo avere pranzato fu preso da vomito; vomitò primieramente i cibi mangiati, e quindi materie fecciose. L'addome era teso e sensibile, e costipato da trentasei ore. Prese immediatamente hyd. chlor. gr. x, opii gr. j; ed ogni quattro ore clisteri di una mezza pinta composti di brodo di manzo e d'olio d'oliva. Nel giorno seguente ebbe copiose scariche alvine e mitigamento in tutti i sintomi, tanto che pareva entrato in convalescenza. Senonchè ebbe l' imprudenza di escire nella sera del secondo giorno: prese freddo, e la notte i sintomi si rinnovarono urgenti; la costipazione era completa; il vomito incessante; l'addome era dolente e teso. Ogni mezzo fu inefficace, ed egli morì. Nella inspezione si trovò una contrazione maligna all'angolo formato dal colon transversale discendente; appena poteva passarvi una candeletta.

Il *sesto* era un caso di tumore maligno, premente sovra il colon esternamente al tubo. D. C. soffriva da alcuni anni d'irregolarità nelle funzioni del ventre. Nella

presente occasione, la costipazione durava da 48 ore, in onta ai rimedii; l'addome era dolente e teso, ma non eravi vomito. I catartici ordinarii sia per bocca sia pel retto non poterono per trentasei ore vincere la costipazione. La tensione addominale era aumentata, v'era angoscia di stomaco, vomito feccioso e singulto. Si ricorse al mercurio esternamente ed internamente, e ai clisteri di brodo. Il calomelano e l'oppio si amministravano tre volte al giorno, e sera e mattina si facevano frizioni mercuriali sull'addome. Trentasei ore dopo il ventre cominciò ad operare, e in quindici giorni il paziente fu in istato di escire dalla città. Dopo alcune settimane ricadde. Si adoperarono gli stessi mezzi, ma senza effetto, ed egli morì nel sesto giorno. L'autossia indicò quale causa dell'accidente, un tumore maligno premente sul colon discendente.

Il *settimo* è un caso d'invaginamento. — Un giovine di 29 anni, di costituzione delicata, fu portato all'ospedale con acuto dolore all'addome, cui non aumentava la pressione; i muscoli addominali erano contratti e rigidi, non v'era tensione, non tumore percettibile; la faccia era pallida e scomposta. Polso piccolo ma non frequente. Nulla di anormale nella testa o nel petto, e nessuna ernia. Nella mattina dello stesso giorno fu preso repentinamente da dolore e vomito; questo si mitigò nella giornata, ma non così il dolore. Costipazione ostinata. Furono amministrati sedativi per bocca e pel retto, e applicati cataplasmi all'addome. Il dolore crebbe, tornò il vomito, la tensione addominale e l'ansietà aumentarono; gli occhi erano affossati, il polso più frequente. Nel quinto giorno il vomito era feccioso, nel decimo egli morì. Eravi peritonite ed invaginazione dell'ileo nel cieco e nel colon.

L'*ottavo* era un caso di stringimento per legamenti. Un uomo di 36 anni venne portato nell'ospedal gene-

rale coi seguenti sintomi: violento dolore e tensione dell'addome, sensibilità alla pressione, sete e vomito, cute fredda, polso filiforme, rapido e piccolo. Attribuiva questi sintomi a freddo preso sedendo sull'erba. I sintomi cedevano sotto al trattamento, ma nel quinto giorno tornarono con violenza, accompagnati da ostinata costipazione e da vomito feccioso. Morì nel nono giorno dopo l'ammissione. L'autossia svelò estesa peritonite. Un legamento membranoso estendevasi dalla superficie anteriore del mesenterio a guisa di anello, e una porzione d'ileo passava per esso ed era strozzata. Al disopra dello strozzamento il tubo era disteso e infiammato; al disotto pallido e contratto.

Il caso seguente, è il *nono*, e fu causato dal passaggio dell'intestino per un'apertura anormale. — Un gentiluomo fu preso, mentre lavorava al suo ufficio, dai più tormentosi dolori, che avvenivano in parossismi, e specialmente dal lato destro dell'addome; ma più grave sotto al fegato e verso l'ombellico. La pressione diminuiva piuttosto che aggravare il dolore. Il dolore avevalo preso d'improvviso, accompagnato da nausea e lieve movimento di corpo. Il dott. *Phillips*, che ebbe in cura questo malato, considerata la repentina occorrenza del dolore, il suo genere, la sua sede, il color giallognolo della congiuntiva, lo stato del polso (52) e dell'addome, ed il fatto che più volte questo signore aveva provati dolori simili in genere, quantunque più miti, e che erano scomparsi entro una mezz'ora, conchiuse che il dolore potesse essere occasionato dal passaggio di un calcolo bilioso, e che il rimedio migliore dovesse essere una dose d'oppio; aggiungendo alla prescrizione che se entro una mezz'ora il dolore avesse sufficientemente ceduto, egli dovesse essere trasportato a casa e prendervi un bagno caldo; altrimenti ripetesse la dose d'oppio. Prese infatto anche questa seconda do-

se, e alle sei pomeridiane entrò nel bagno, da cui si sentì molto confortato, non accusando più che un indolentamento diffuso sull' addome. Il polso era a 54, e meno difficoltoso di prima; il colorito più giallo. Alle sette ore prese hydr. chlor. gr. xiij, opii, gr. j. Tre ore dopo olio ricini dram. vj, vitel. ovi q. s. tint. sennae co., dram. ij, aq. menthae q. s. ut fiat haustus. — La notte passò senza dolore violento, e senza vomito; v' era stato un pò di mal' essere, ma non tale da torgli ogni riposo. Il dolore dell' addome erasi alquanto aumentato, e v'era rigidità delle pareti; poteva però sopportare una forte pressione; la lingua era più sporca che nella notte; il polso 106. Gli si ordinò una dose di tartrato di potassa, e infusione di senna, che prese alle otto. Alle undici ore, il ventre è più timpanitico, il polso 120. Clistere d'olio di ricino, che evacuò dopo mezz' ora, senza trarre con sè feccie. Alle tre, cresciuta la timpanite, l'addome sommamente teso, ma non molto sensibile alla pressione, si distingueva dal lato destro una porzione d' intestino distesa; il polso era 150 e debole; la lingua impaniata, ed i lineamenti alterati. Parve allora probabile l' esistenza di uno strozzamento intestinale interno; gli fu dato un clistere d' acqua calda che non trasportò nulla con sè nell' uscire: prese ext. coloc. co, gr. v, 4tis horis, e non gli cagionò nausea. Gli fu applicata sull' addome una poltiglia di senape con qualche sollievo. — Alle cinque, mancando i polsi, gli si diede acquavita, ma senza che più potesse riaversi; — morì alle dieci, ossia trentatre ore dopo la comparsa dei primi sintomi, conservando sempre illese le facoltà mentali.

L'autopsia fu eseguita trentaquattro ore dopo la morte, e sebbene il soggetto fosse sessanta ore prima ancora apparentemente sano, già incominciava la decomposizione.

L' addome era estremamente disteso, lo scroto grosso

come la testa d'un bambino, la superficie del tronco ricoperta da grosse vesciche contenenti un liquido bruno e di fetido odore, e dalla bocca e dal naso esciva una buona quantità di liquido bruno sanguigno. Il tessuto cellulare era così disteso dai gas, che alla prima incisione escì con forte suono sibilante. Aperta la cavità addominale, escì una buona quantità di sangue liquido scuro, e ne rimasero forse un sei o otto oncie nella cavità pelvica. Gl' intestini erano così distesi che non potevano contenersi entro l' addome. Una porzione d' esso a destra, non così distesa, ma d' aspetto gangrenoso, non lasciò dubbio che in alcun luogo vi dovesse essere strozzamento. Nel rivolgere gl' intestini tenui, si fece tosto evidente che una porzione d' ileo era passata dal lato destro del mesenterio. Si vide infatti una piccolissima apertura con margini molto grossi; otto pollici d' ileo erano per essa passati e strozzati. L' apertura era così piccola che non vi si sarebbe potuto introdurre la punta del dito mignolo, ove fosse stata liberata dall' intestino, e si ebbe molta difficoltà a farvi passare una sonda comune dal lato dell' intestino, e passata che vi fu, occorsero diversi tagli con coltello acuto per liberare l' intestino.

Le peculiarità di questo caso furono la subitanea violenza con cui incominciò l' attacco, la mancanza dei sintomi che ordinariamente caratterizzano lo strozzamento degl' intestini, e il rapido terminarsi della malattia colla morte del paziente. Nel giorno antecedente all' attacco il ventre era stato copiosamente liberato con una pillola di cinque grani composta di coloquinto, e pillole azzurre. Il paziente disse essere uscito di casa in ottimo stato nella mattina dell' attacco. Ora, il dolore che lo assalse così d' improvviso, contrassegnava esso il momento che l' intestino passava pel mesenterio, o indicava il passaggio di un calcolo bilioso? Non si trovò calcolo bilioso

alcuno, e quindi la questione rimane aperta. E vero che si diedero molti casi d' ernia esterna in cui lo stringimento era fortissimo, ed in cui si sviluppò prestissimo dolore angoscioso; e che in altri di strozzamento interno sopravvennero subitamente le doglie violenti, e che quindi l'urgenza dei primi sintomi non costituisce una ragione per credere che per istrano che ciò sia, l' intestino non ebbe potuto protrudersi per l' apertura nel momento che il dolore si sviluppò, standosi il paziente in riposo; pure l' apertura era così piccola che sembra quasi impossibile essere ciò avvenuto in questo caso. Nel caso di *La Fayes* non eravi sensibile sconcerto finchè non sopravvenne dolore eccessivo, eppure il paziente morì entro il periodo di trentasei ore. Quel caso somiglia per molti rispetti al presente, e altri se ne ricordano non dissimili.

Ma qualunque spiegazione si adotti, l'Autore non crede che questo potesse essere caso di gastrotomia.

L' impressione che rimane dalla lettura di questi casi, è la nessuna rimarchevole differenza dei sintomi, qualunque esser si possa la causa dell' ostruzione. — Così, la costipazione può avere gli stessi caratteri generali, sia che l 'ostruzione provenga o per feccie indurate, o per una contrazione dipendente da ulcerazione o da altra malattia, ovvero per legamenti, o per tumori. Gli è vero che alcuni casi d' invaginamento sono accompagnati da diarrea o da dissenteria, ma nella maggior parte la costipazione è completa.

Lo stesso può dirsi del vomito; gli è generalmente un sintomo disgustosissimo e che termina in vomito feccioso: ma può essere altrettanto ostinato in un caso d' invaginamento, come in un caso di stretto strozzamento dell' ileo per via di legamenti. Può essere così urgente e farsi tanto prontamente feccioso in un caso d' invaginamento come in uno di passaggio dell' intestino per una

apertura anormale. La tensione addominale è sovente eccessiva, ma non sempre; ed in alcuni casi l'addome era affatto piano, e d'altra parte la distensione gazosa può essere egualmente intensa, qualunque sia la causa dell'ostruzione.

« E vero », soggiunge l'Autore, « che presi i sintomi insieme, se l'ostruzione è completa e repentinamente sviluppata, essi sono ordinariamente più urgenti che quando è prodotto lentamente; ma vi sono pur casi in cui l'ostruzione ha troncata la vita in quarantott'ore senza molto vomito o grave dolore. In casi d'invaginamento, o dove un tumore gradatamente invade il calibro del tubo, dove il canale si contrae per alterazione di tessuto, il dolore non presenta comunemente, nemmeno in periodo avanzato, tanta intensità come nel primo caso. Ma, lo ripeto, noi non possiamo appoggiarci con fiducia a queste distinzioni, tante sono le eccezioni ».

Nè valse a porgere all'Autore un maggior grado di sicurezza l'ordinare i casi in piccoli gruppi in cui presentassero forma più caratteristica; egli trovò che e il vomito, e il dolore e la tensione addominale possono in ogni caso esistere o non esistere, qualunque sia la causa dell'ostruzione: e che la vita, può del pari prolungarsi tanto in caso di passaggio dell'intestino per una apertura anormale, come in caso di graduale contrazione maligna.

Sarebbe desiderabile poter conoscere la *sede* dell'ostruzione, ma in molti casi ciò non può ottenersi. Che se esiste qualche mezzo che ci può soccorrere a venire ad una conchiusione, alcuni tenuti per opportuni a questo scopo riescono onninamente vani. Il vomito e il dolore, per esempio, si ritengono maggiori quando l'ostruzione è negl'intestini tenui che nei crassi; ma il nostro Autore trovò tante le eccezioni a questa regola che non crede possa la medesima ammettersi. Lo stesso dice per

rapporto alla condizione della secrezione orinaria; che cioè se è dessa copiosa l' ostacolo debba trovarsi molto lontano dallo stomaco e viceversa; ma anche qui le eccezioni sono moltissime.

Laugier opinò che un' attento esame delle convoluzioni distese dell' intestino dovessero essere di molto ajuto nel determinare la sede dell' ostruzione; ma se la proposizione non è destituita di qualche appoggio bisogna riflettere che in certi casi la distensione è lievissima, e che d' altronde l' esame dovrà farsi prima che la tensione addominale generale sia molta. Nei casi poi in cui l' ileo sia ostrutto verso la sua estremità, e l' ileo ed il digiuno possono essere così distesi, da sembrare difficile il determinare se la distensione affetta questi ovvero il colon discendente; pure la mancanza di distensione nel colon ascendente e nel transversale rinnoveranno l' oscurità, specialmente col soccorso dell' esplorazione con un lungo tubo pel retto. Nel caso del dott. *Luke*, che descriveremo più innanzi, egli trovò il colon disteso fino alla flessione sigmoide, e questo fatto aggiunto all' impossibilità di inoltrare di molto un tubo pel retto, o di introdurvi molto liquido, gli lasciò poco dubbio che la sede dell' ostruzione fosse nella parte inferiore del colon; nè s' ingannò. Rispetto al tubo, peraltro, esso può produrre un' errore nella diagnosi, ove raggiunta che abbia l' ostruzione venga a ripiegarsi sovra sè stesso, ciò che avvenne tanto all' Autore come al dott. *Luke*. Insomma, se la storia del caso, la sede del dolore, l' esistenza di un tumore, le convoluzioni distese, il lungo tubo, e i clisteri, possono assistere nel conchiudere sulla sede dell' ostruzione, gli è però certo che tutti questi mezzi fallirono anche in mano dei più esperti.

« Essendo adunque la diagnosi incerta — quantunque abbastanza concludente per autorizzarci ad agire in conseguenza, — gli è conveniente investigare i risultati

del trattamento comunemente adottato, poichè, se questi risultati non sono del tutto sfavorevoli, l'incertezza della diagnosi, e la gravità delle operazioni che si eseguiscono sulla cavità addominale, potrebbero dissuadere dall'avervi ricorso ».

« Non v'è dubbio che in un gran numero di questi casi i sintomi vengono aggravati dal trattamento drastico adoperato per vincere l'ostruzione; e sebbene io accordi che l'olio di crotontiglio ed altri simili irritanti abbiano talvolta riuscito a rimediare all'ostruzione, sono persuaso che in molti casi hanno lasciato le cose peggio di prima. L'oppio e la deplezione hanno in molti casi mitigato l'irritazione e lo spasimo, ed il calomelano dato al tempo medesimo in forti dosi, sembrò talvolta esercitare una felice influenza sovra l'ostruzione, e ciò non meno in quei casi in cui si eccitò nel sistema la sua peculiare azione: associati con questi mezzi, i clisteri, di varie qualità e quantità, e frequentemente ripetuti, sono pure da apprezzarsi ».

« Dei 169 casi ch'io ho riferiti, a che furono soggetti a varii metodi di trattamento, 133 ebbero certamente esito funesto. Dato che costituiscano un'attendibile adequato dei risultati di questi casi, parmi non possa esser dubbio che quando una malattia termina colla morte in sette casi sopra nove, sotto il trattamento ordinario, si debba concedere riescire opportuna la questione, se forse l'operazione chirurgica possa presentare maggior probabilità di vita ».

Il dott. *Phillips* aggiunge però non poter egli asserire che quest'adequato di risultati sia assolutamente corretto, ma essersi egli giovato di tutti i mezzi che furono in suo potere per giungere approssimativamente alla verità, ed essere d'altronde probabile che tutti i casi trattati felicemente siano stati registrati. Il trattamento ordinario ha, non è dubbio, giovato in molti casi di

ostinata costipazione, ma è probabile che in parecchi l'ostruzione non procedesse da causa meccanica.

L'Autore prima di esternare la propria opinione sull'opportunità di ricorrere alle operazioni chirurgiche per rimediare alle ostruzioni intestinali, allude brevemente a quella d'altri pratici che hanno accuratamente studiato il soggetto.

Hevin conchiude la sua Memoria (1) dicendo — « Come possiamo noi rimediare a quei casi ne' quali i sintomi possono essere tanto simili, e tanto differenti le cause, ed i quali, sebbene così formidabili, non presentano segni positivi che indichino la natura della causa o la situazione che dessa occupa? Essa è certamente fuori del dominio della chirurgia ». Più avanti egli dice che se si potesse scoprire un cingolo, ciò prescriverebbe evidentemente la gastrotomia, poichè la sezione del cingolo potrebbe salvare la vita: ma, soggiunge, disgraziatamente noi nol possiamo distinguere a segni certi.

Meuschiny disse « che nell' incertezza della nostra diagnosi, pochi potranno essere così poco gelosi della loro riputazione, e così poco coscienziosi da avventurare un' operazione che può esporre il paziente a sommo pericolo ».

Manoury (2) dice che l'operazione della gastrotomia è talvolta indicata, ma che deve eseguirsi prima che l'infiammazione sia inoltrata, e fare l'incisione il più vicino al punto ove si sospetta lo strozzamento, e non lo potendo discernere, ovvero essendo esso strozzamento di natura da non poter essere tolto dall'operazione, fare un ano artificiale fra lo stomaco e la sede dello strozzamento.

---

(1) « Mem. de l'Académie de Chirurg. », Tom. IV, p. 201.
(2) Thèse de Paris, 1819.

Bonnet (1) si dichiara convinto dalle autopsie che la operazione possa salvare la vita. Non dissimula peraltro la gravità della questione, la cui soluzione non appartiene che ad esperti chirurghi.

Otto dice (2) che un chirurgo ragionevole non può decidersi per l'operazione nel principio della malattia, quando le forze vitali sono integre, e rimangono altri mezzi a cui ricorrere. « Ma nel caso che tutti i rimedii siano inefficaci, l'operazione deve avere un valore assai dubbio, poichè accaderà — o che le forze vitali saranno così esauste, che il paziente non potrà sopportare le conseguenze dell'operazione, o che gl'intestini saranno divenuti quasi gangrenosi: e nell'uno e nell'altro supposto, la vita del paziente sarà perduta ».

Boyer (3), considerate tutte le circostanze, opina temerario il ricorrere alla gastrotomia.

Dupuytren (4) crede che gli strozzamenti interni non abbiano sede fissa, e che la loro formazione sia indipendente da disposizione organica costante: e che i mezzi che sono in mano del chirurgo per rimediarvi siano o inefficaci o pericolosi.

Ma l'esperienza delle operazioni sulla cavità addominale per rimedio alle ostruzioni, è omai, secondo il nostro Autore, abbastanza estesa per autorizzarci a stabilire qualche norma di condotta; e il fatto della gran probabilità della perdita della vita sotto il trattamento ordinario, ed i risultati comparativamente felici delle operazioni sulla cavità addominale nella moderna chi-

---

(1) Thèse de Paris, 1830.

(2) « Prax Med. », Part. 2, p. 13,

(3) « Traité des maladies chirurg. », Tom. VII, p. 491.

(4) *Sabatier*, « Med. operatoire », par *Begin* et *Sanson*, T. III, pag. 503.

rurgia, possono autorizzare a ricorrere alla gastrotomia, allorchè la diagnosi è chiara.

Questa esperienza delle operazioni a cui il dott. *Phillips* allude, si estende a 53 casi. In 26 la gastrotomia fu eseguita sovra bambini, ad oggetto di stabilire un ano artificiale, essendo imperforato il passaggio naturale. In 27 l'operazione ebbe luogo in adulti, per varii generi d'ostruzioni.

V'ha chi asserisce che *Prassagora* abbia eseguita o almeno raccomandata l'operazione della gastrotomia in un caso d'ostruzione. Ma non evvi di ciò chiara prova, e l'ammetterlo o non ammetterlo dipende dal senso che si vuol dare alle seguenti espressioni di *Celio Aureliano* (1): — « Vomitu utitur donec stercora faciat evomi. Aliquos etiam post vomitum phlebotomat, et vento per podicem replet ». « Item confectis quibusdam supradictis adjutoriis, *dividendum ventrem* probat pubetenus ».

Ma comunque si pensi dei passi di *Celio Aureliano*, uno di *Barbette* (2) non presenta tale ambiguità: — «An non etiam praestaret, facta dissectione musculorum et peritonæi, digitis susceptum intestinum extrahere, quam certae morti aegrotantem committere ».

Bonetus (3) alludendo a *Barbette* riporta una nota per provare che la raccomandazione di lui fu posta ad effetto. Si riferisce ad una baronessa Lanti, data per ispedita per un'affezione iliaca, e restituita in salute dall'operazione; ma v'ha chi dubita che codesta fosse piuttosto un'ordinaria operazione per ernia strozzata.

---

(1) « Acutorum morbor. », lib. III, cap. 17, pag. 244.

(2) « Oper. Chirurgico-Anatom. », 1672; « de Abdom. part. inter. », Pars III, lib. IV, pag. 144.

(3) « Sepulchretum Anatomicum », lib. III, sect. 14, p. 228, de dolore iliaco.

Il caso dettagliato da *Velse* ed autenticato da *Oosterdykius Schacht*, è troppo chiaro per ammettere dubbio. Trattasi di una donna d'anni 50 cui non giovando i varii rimedii per malattia dell'ileo, *Nuck*, pronunciato essere quello un caso d'intussuscezione, fece aprire il lato sinistro dell'addome « a quattro dita dall'ombellico, in direzione obbliqua verso il basso e l'infuori. Gli intestini vennero tratti fuori fomentati con latte caldo, ricercandosi intanto l'invaginamento. Fu trovato e dolcemente ritirato. Gl'intestini vennero quindi ricollocati, la ferita chiusa con suture, e la donna sopravvisse all'operazione venti anni ».

Manoury (1) ricorda il caso di un uomo d'anni 57, operato per forte costipazione dolore e vomito successo dopo aver mangiato tre libbre di ciliege, e che ne morì. L'autopsia scoperse che l'ostruzione era causata da un legamento estendentesi dal mesenterio al cieco, sotto cui passò una porzione d'ileo e divenne strozzata.

Fuschius (2) descrive il caso di un giovine di 28 anni preso da dolore dal lato destro ove esisteva altresì un tumore, con vomito e costipazione. Proposta ed eseguita l'operazione, si trovò tosto l'invaginazione, l'intestino fu liberato, e il paziente guarì.

Un caso di *Recamier* presentò tutti i consueti segni di ostruzione; e il dolore più forte era nella fossa iliaca destra. L'incisione fu fatta a sinistra, nè fu trovata l'ostruzione. Il paziente morì, e nell'esame del cadavere si trovò una porzione dell'intestino tenue avvolta intorno ad un legamento esteso dal mesenterio al cieco (3).

---

(1) Thèse de Paris, 1819.

(2) « Journal der pratischen Heilkunde, 1825 ».

(3) Questa descrizione e quella di *Manoury* sono forse riferibili ad un solo e medesimo caso.

Reybard fu invitato nel 1833 a visitare un giovane danni 28, malaticcio da molti anni. Accusava allora dolori lancinanti alla regione ipogastrica sinistra, l'addome era disteso enormemente, ed egli aveva scoperto un tumore mobile della grossezza d'un pomo nella fossa iliaca sinistra. Il colon disteso potevasi seguire colla mano. Aveva continue eruttazioni, evacuazioni scarse e rare di carattere puro sanguinolento, e tenesmo. Non teneva i clisteri. Esplorato col dito pel retto, non si scoperse tumore. *Reybard* persuaso che il tumore fosse carcinomatoso, e che occupasse la curvatura sigmoide, propose l'operazione. Il tumore venne trovato e levato con tre pollici d'intestino che erane implicato. Nel giorno trentesimo ottavo, il paziente potè prendere cibi solidi, ebbe evacuazioni naturali, e la ferita era perfettamente cicatrizzata. Ma sei mesi dopo tornò il dolore lancinante, il tumore si riprodusse, ed ei morì un anno circa dopo l'operazione. Il cadavere non fu esaminato.

Nell' « American Journal of medical sciences » (1) si trovano i seguenti due casi.

Il dott. *Manlove* ebbe in cura un giovinetto di 17 anni già da dodici o quindici giorni affetto da ostinata costipazione, con vomito, distensione di ventre, estremità fredde, polso debole. Fu incisa per cinque pollici la linea mediana, trovate estese adesioni, e l'intestino venne punto, a quanto sembra, inavvertentemente. Fu stabilito un ano artificiale, per dove le feccie passarono fino al giorno decimo settimo, dopo di che presero la via naturale, e il paziente guarì.

Il dott. *Wilson* è il relatore dell'altro caso. Curava un negro che aveva costipazione, vomito, e gli altri soliti segni d'ostruzione. Esso lo giudicò un caso d'inva-

---

(1) Vol. X, pag. 235.

ginazione. Fu fatta l' incisione e tirati fuori gl' intestini finchè si rinvenisse l' ostruzione: essa fu trovata in un punto dell' ileo, e liberata. Il paziente guarì.

Un caso di *Monod* (1) è di una donna di 25 anni. Essa aveva qualche tempo prima ricevuto un urto sull' addome nella regione ileo-cecale. Venne affetta da costipazione e dolore verso la fossa iliaca destra, e vi si scoperse un tumore; quindi sopravvenne vomito, bentosto di carattere feccioso, e con sintomi vigentissimi. Si determinò per la gastrotomia, e l' incisione fu fatta nella situazione del tumore. Apparve l' intestino disteso; venne punto, stabilito un ano artificiale, ma non fatto altra ricerca dell' ostruzione. La paziente morì. Nell'autopsia si trovò il cieco assai contratto. L' intestino stato punto era l' ileo.

Nel caso del dottor *Luke*, il paziente aveva 41 anni. Non erano che nove giorni che soffriva di costipazione allorchè entrò nel « London Hospital »: aveva dolori vaganti che si estendevano sull' addome dalla regione iliaca sinistra, con tensione e vomito. Prese purgativi per bocca e pel retto, calomelano, oppio. Dopo quarant' otto ore ptialismo incipiente. Persistendo la costipazione fu introdotto un tubo per venti pollici; senonchè il dott. *Luke* s' avvide che il tubo ripiegavasi sopra sè stesso: persuaso dall' esplorazione e da altri segni che l' ostruzione esisteva all' estremità del colon, fece una puntura esploratoria nella fossa iliaca sinistra. Dopo molte difficoltà occasionate dalla distensione intestinale, l' intestino fu inciso per un pollice e mezzo. Passato il dito nell' apertura dell' intestino si trovò lo stringimento, ch' era come un induramento circolare. Il vomito e e la tensione continuarono. Il paziente morì entro ventiquattr' ore.

---

(1) Archives générales de méd., 2.me serie, tom. 2, p. 455.

Autopsia. — Intestini tenui molto rigonfi, diametro del colon il doppio del consueto. Peritoneo involgente il colon transversale rotto per sei pollici. Lo stringimento era situato circa ad otto pollici dall'ano, nella curvatura sigmoide del colon, ed occupava circa cinque pollici dell' intestino. Era affatto impervio, e risultante da ingrossamento cronico.

Nel caso trattato dal dott. *Bird* e dal dott. *Hilton*, il paziente aveva 20 anni. Costipazione quasi completa per nove giorni. Si giudicò di uno strozzamento dell' intestino tenue con legamento. Eseguita la gastrotomia, la ostruzione fu trovata, l' intestino liberato, e il paziente sopravvisse all' operazione nove ore.

Caso del dott. *Todd:* era un giovine di 26 anni soggetto dall' infanzia ad accessi di dolore di ventre, accompagnati da costipazione. Il presente accesso fu al 25 d' aprile accompagnato da vomito: polso 85. In onta agli aperitivi, i sintomi si fecero più urgenti. Polso 140. Bagni caldi, e clisteri d' acqua calda, mignatte sull' addome, ma con poco giovamento. L' addome era assai tumido e timpanitico, specialmente intorno all' ombellico, dove era più forte il dolore. Si adoperarono mercuriali ed oppio per bocca, unzioni mercuriali, e quindi essendovi ottusità alla percussione nella fossa iliaca destra, insufflazioni d'aria, hyd. chlor. In seguito — Ex. coloc. gr. x. ol. croton gutt. ij, 2.dis hor. Ol. ricini, sp. tereb. ana. unc. j. ol. croton gutt. v, per clistere.—Falliti tutti i mezzi, il 2 maggio si venne dietro consulta alla determinazione di formare un ano artificiale nella regione iliaca destra. L'intestino venne esposto, assicurato e inciso, e ne uscì un liquido feccioso. L' ostruzione parve essere nell'intestino tenue e non nel colon come s'era creduto. Dopo l'operazione vi ebbe vomito continuo e il paziente morì al seguente mattino. Nell'autopsia si trovò un legamento esteso dal mesenterio attraverso al mesocolon, ed una porzione d'ileo era da questo strozzata,

Seguono gli altri casi che l'Autore non fa che brevemente accennare, come già da altri pubblicati e più conosciuti.

Caso di *Pillore* di ostruzione del retto in cui il paziente morì nel giorno vigesimo ottavo dopo l'operazione.

Caso di *Fine* in cui l'operazione fu eseguita per scirro del retto: il paziente sopravvisse tre mesi e mezzo.

Caso di *Freer* per stringimento del retto; il paziente morì nell'ottavo giorno dopo l'operazione.

Caso di *Pring* parimenti di stringimento; il paziente è guarito.

Caso di *Markland* per stringimento: esito favorevole.

Di quattro casi di *Amussat* per ostruzione del retto, tre pazienti guarirono dall'operazione.

Nel caso di *Velpeau*, l'operazione fu fatale.

In due casi descritti da *Dufresse-Chassaigne*, l'operazione fu felice.

Nel caso di *Evan* di contrazione del colon, il paziente sopravvisse all'operazione parecchi mesi.

Nel caso di *Maisonneuve* per stringimento, il paziente non sopravvisse all'operazione che poche ore.

Dei ventisei casi in cui furono eseguite sovra bambini le operazioni di *Littre*, *Callisen*, *Amussat*, per ano imperforato, l'incisione si fece o sulla fossa iliaca sinistra o nella regione lombare sinistra. Di queste, otto furono felici ed i pazienti sopravvissero almeno un anno; dodici morirono entro un mese; sei furono dubbii.

Il dott. *Phillips* dice avere trovato diciannove casi di ano artificiale formato nell'età adulta per ostruzione o nel retto o vicino ad esso. In diciassette casi l'incisione fu fatta o nella fossa iliaca o nella regione lombare a sinistra, e in due nella fossa iliaca destra. Di queste operazioni, nove furono favoreli.

In altri otto casi l'operazione venne eseguita sovra

altri punti dell'addome, e senza stabilirvi un ano artificiale; e di queste pare che quattro siano state felici. Osserva l'Autore:

« Queste operazioni, formidabili, come sono senza dubbio, non sono però che modificazioni di operazioni che intraprendiamo ogni giorno; quelle cioè che si fanno per ernie strozzate. I vantaggi in favore di queste ultime sono, l'esservi maggior probabilità che la nostra diagnosi riguardo alla natura e alla sede dello strozzamento sia giusta, e l'esporsi in esse minore estensione della cavità addominale. Pure, anche con questi vantaggi, più di un caso sovra tre si termina colla morte. Nella presente operazione pare ne fallissero quattordici sopra ventisette. Ma anche nei casi ordinarii d'ernia strozzata, noi possiamo essere ingannati sulla sede e la natura dello strozzamento. Ci si presenta un'ernia esterna; noi operiamo; ma il paziente muore, e si trova uno strozzamento interno in distanza. *Velpeau* allude a casi simili ».

L'Autore cita ancora due casi di *Hewett* di ernia esterna, in cui dopo morte si trovò che i sintomi di strozzamento, in un caso erano cagionati da una piccola ernia otturatoria; in altro da un piccolissimo tumore femorale; ed uno nella sua propria pratica in cui eravi al tempo medesimo ernia femorale in istato di strozzamento e una massa fibrosa che intercettava il retto. Conviene peraltro che questi casi sono rari, ma soggiunge essere persuaso che meglio studiate che siano queste ostruzioni, si potrà determinare o la natura o almeno la sede delle medesime.

Gli antichi pare non credessero la gastrotomia operazione eseguibile; ma il terrore che trattenne gli uomini dal fare incisioni nell'addome, è omai svanito; e l'impunità con cui si inflissero ampie ferite alla cavità addominale per estrarre tumori o cisti ovariche ha lasciato

tale impressione del loro poco pericolo, che sarebbe a temersi vi si trascorresse ora con troppa facilità. L'Autore non vuol peraltro asserire che i risultati ottenuti nelle operazioni per estrazione di feti o di cisti ovariche sieno propriamente applicabili alla questione, non essendovi in quei casi probabilmente infiammazione esistente. Nondimeno egli insiste che in molti casi è l'unica nostra risorsa, e che se nel trattamento ordinario vi sono sette morti sovra nove casi, e se fra quelli sottoposti a operazione se ne salvarono tredici in ventisette, noi siamo autorizzati a ricorrervi anche nel presente imperfetto stato della nostra diagnosi, purchè ci sia dato assicurarci della natura dell' ostruzione.

Passa quindi l' Autore alla questione sul periodo in cui debba farsi l' operazione. Quando l' ostruzione potesse asserirsi completa e irremovibile non si opererebbe mai troppo presto; ma ciò è quanto non possiamo dir mai: essa può dar luogo dopo molti giorni, anche quando si è già manifestato vomito feccioso, e la difficoltà non si toglie quando si pensa che un terzo forse dei casi di ostruzione d' intestini è causato da invaginamento, e che di questi casi ne guarisce circa il quarto sotto trattamento ordinario.

Resta ancora a decidersi se si debba ancora perseverare nei mezzi ordinarii, se il paziente debbasi abbandonare al proprio destino, o se si debba ricorrere all'operazione. Bisogna, siccome suggerisce il dott. *Watson*, « abbandonare gli ordinarii mezzi quando si è convinti che esiste un ostacolo meccanico che non può venir superato ». E quanto al conoscere questo, egli insinua doversene temere quando v'è costipazione ostinata, e qualche durezza o tumore nel ventre; ovvero quando dopo un attacco infiammatorio, il ventre fu abitualmente irregolare. Più ancora, quando il paziente sente che i clisteri raggiungono un certo punto ed ivi si arrestano, e

che gl'intestini gorgogliano, e trasportano i loro contenuti al punto medesimo e non oltre. « Questo », continua *Watson*, « è il sintomo distintivo, su cui desidero fissare la vostra attenzione. L'addome, gradatamente si dilata, specialmente se il paziente può ritenere i cibi; gl'intestini si riempiono superiormente all'ostacolo; e sopravvengono le angoscie del dolore, accompagnate da vomito; e durante questi accessi potete sentire immense spire d'intestino, della grossezza forse del braccio levarsi e aggomitolarsi con alto ruggito e flatulenza. Quando ciò avviene, non è più tempo di purgativi ».

Senonchè, supposto che s'intraprenda l'operazione, non è poi certo che si possa rimuovere l'ostruzione. Si può in caso d'invaginamento fallire dal ritirare la porzione invaginata, e non poter dilatare le pareti in caso di contrazione, nè rimuovere un tumore intra o extra intestinale; ma con tutto questo si può pur sempre praticare un ano artificiale il più vicino alla sede dell'ostruzione; e l'esistenza di questo non esclude un considerabile prolungamento della vita, a meno che l'apertura non sia più vicina allo stomaco di quello che abbisogni nelle ostruzioni ordinarie, le quali non sono di consueto più in su della porzione inferiore dell'ileo.

Ora, dato che la più dei pratici possa discernere il tempo in cui l'operazione si fa conveniente, dove si farà l'incisione? Vi sono casi, continua il nostro Autore, in cui l'ostruzione è indicata così chiaramente, che non rimane dubbio. In tali casi la norma è evidente; l'incisione deve farsi il più vicino che sia prudente a quel punto. Ma se il punto dell'ostruzione non è ben contrassegnato, egli consiglierebbe di fare l'incisione sulla linea mediana, poichè un'apertura in quella situazione è la più conveniente o per la liberazione, se questa è praticabile, o in caso diverso per la istituzione di un ano artificiale.

E qui soggiunge l' Autore.

« L'esperienza che noi possediamo che qualunque esser si possano le nostre nozioni o piani di guarigione, non vi sono che due casi ben autenticati in cui siano stati incisi i legamenti costringenti; ed eccettuati i casi d'invaginamento, due soli nei quali l' integrità dell' intestino sia stata rispettata, e l' ostacolo felicemente tolto; ma che molti ve ne sono in cui la vita venne salvata dalla formazione d' un ano artificiale; ed io opino che sia questo il punto a cui debba più intensamente dirigersi la nostra attenzione.

« Le conclusioni a cui venni, dopo un' attenta rivista di tutte le circostanze a cui ho fatto allusione, sono le seguenti:

« 1.° Che le ostruzioni intestinali dipendenti da cause operanti entro la cavità addominale, non sono altrimenti di rara evenienza.

« 2.° Che desse possono avvenire in qualunque periodo della vita; e che sebbene si possa vedere più frequentemente una tale varietà d' ostruzione, piuttosto che un' altra, in un periodo particolare della vita; vi sono però tante eccezioni alla regola, che noi non possiamo confidarci molto nella probabilità che una particolare ostruzione sia presente ad un dato periodo della vita.

« 3.° Che la diagnosi dell' esistenza d' una ostruzione non è d' ordinario difficile.

« 4.° Che la diagnosi della natura e della sede dell'ostruzione è in molti casi molto incerta e imbarrazzante.

« 5.° Che oltre alla storia generale del caso il mezzo il più probabile di accertare la sede dell' ostacolo è di seguitare diligentemente l' intestino disteso fino al punto dell' ostruzione.

« 6.° Che sotto il trattamento ordinario questi casi sono fatali nella proporzione forse di sette in nove.

« 7.° Che quantunque non si possa confidare del tutto

nei purgativi, nel mercurio, nell' oppio nè in nessuna varietà di clisteri, e quantunque sembrino aggravare in molti casi i patimenti, pure siccome è innegabile che in molti casi furono amministrati con giovamento, noi non possiamo consigliare che si intralascino, ma che poniamo in dubbio la convenienza di continuarli oltre due o tre giorni.

« 8.° Che l' intervento dell' opera chirurgica è giustificato quando scorsero due o tre giorni senza nessun giovamento coi mezzi ordinarii (semprecchè la costipazione sia completa, e continui il vomito feccioso), poichè essa presenta una maggior probabilità per la conservazione della vita, che i mezzi ordinarii.

« 9.° Che se il chirurgo trova indizii sufficienti a persuaderlo rapporto alla sede dell'ostruzione, gli è in quel punto o ivi presso che l' incisione deve farsi; ma che se vi è del dubbio, è più prudente fare l' incisione sulla linea mediana.

« 10.° Che se si trova impraticabile togliere la causa dell' ostruzione, o imprudente il protrarne la ricerca, si può ottenere giovamento col fare un ano artificiale il più vicino che lo si possa prudentemente alla sede dell' ostruzione; e che se ella è, come frequentemente avviene, vicina all' estremità dell' ileo, un' incisione nella linea mediana si concilia coll' intento che sia il più vicino possibile a quell' intestino ».

Caso di tumore maligno dell' orifizio dell' utero, reciso durante il travaglio; di James Moncrieff Arnott.

L' Autore esordisce col considerare i gravi, e troppo spesso fatali ostacoli presentati da malattia maligna dell' utero pregnante. Egli parla quindi della comparativa rarità di questa complicazione; ed accenna alla monografia di *Puchelt* su questo soggetto (1), denotante la mor-

(1) Ann. univ. di med., Vol. CIV, pag. 396 (1842).

talità dei casi nei quali esiste. I metodi, osserva il professore *Arnott*, pei quali si deve in questi casi venire in soccorso, sono, o meramente ostetrici, ovvero chirurgici, sia colla recisione delle parti ammalate, sia con semplice incisione nelle medesime. Egli poscia discute brevemente sulle obbiezioni elevate contro l'estirpazione della malattia col coltello, e narra il caso seguente in prova della sicurezza e opportunità di codesta misura, quando l'estensione della superficie implicata non si oppone al suo adempimento.

Nel novembre 1844, una signora, di salute apparentemente robusta, che lo consultò, aveva il labbro anteriore dell'utero ingrossato e indurato; « la sua superficie era generalmente levigata, ma aspra e granulare intorno all'orifizio stesso ». Sospettando di gravidanza, si consigliò coi dottori *Locock* e *Ferguson*, che risolsero il dubbio dichiarando la paziente nel quinto mese, e convennero nell'opinione del dott. *Arnott*, che la malattia si dovesse estirpare, ma solo dopo il parto della paziente. Il travaglio occorse al tempo debito, coll'assistenza del dott. *Locock*; ma lo stato d'indurimento della bocca dell'utero, ne impediva la dilatazione, e l'Autore fu richiesto ad operare. La recisione fu effettuata con forbici ricurve sulle lame essendosi prima fatto discendere il tumore col soccorso del forcipe di *Lisfranc:* la paziente non perdette un cucchiajo di sangue. Dopo un quarto d'ora essa si sgravò di un bambino vivo e sano, e al termine del mese « ogni cosa aveva un aspetto favorevole ». Il tumore era lungo due pollici e mezzo, e grosso uno e mezzo; era di carattere nodoso, e la sua superficie era parzialmente ulcerata. La sua sezione presentò un color giallo, e aspetto fibroso.

L'apparente guarigione di questa paziente fu illusoria. Dopo alcuni mesi la malattia si rinnovò nel labbro posteriore della bocca dell'utero; ed essa morì sedici

mesi dopo il parto, con tutti i sintomi di malattia maligna dell' utero.

Questa è la storia d' un caso di non molto comune occorenza, ma nondimeno molto interessante, in quanto illustra la via da tenersi quando la malattia è abbastanza circoscritta da permetterne la recisione.

La forma più comune di malattia maligna in questa parte è tale, secondo l'Autore, che il chirurgo non può sperare di levarla, quantunque il coltello possa ajutare gli sforzi della natura e dell'ostetrico, col moderare la tensione e la resistenza della massa indurata durante la parturizione. Egli aggiunge un caso relativo a questo punto. Una donna nel quinto mese di gravidanza, venne ammessa nel « Middlesex Hospital », avendo pressocchè tutta la circonferenza della porzione vaginale dell'utero affetta da carcinoma. Essa partorì prematuramente circa quindici giorni dopo. Il travaglio fu protratto, e si prevedeva di dover praticare incisioni sull' indurato orifizio dell' utero, allorchè la natura (a quanto sembra) supplì all' intervento del chirurgo; poichè, sebbene non vi fosse poscia screpolatura alcuna percettiblle, pare quasi fuor di dubbio che la bocca dell' utero abbia subitamente ceduto durante una grave doglia. Questa paziente si ricuperò dal parto, ma morì circa sei mesi dopo, con estesa malattia midollare, che involgeva molto estesamente parecchie ossa: anche l' utero era implicato nell' alterazione morbosa, egualmente che le glandole lombari, ecc.

Questa Memoria è un pregevole dono siccome quella che illustra i diversi modi in cui si può in queste dolorose complicazioni porgere il soccorso chirurgico; poichè sebbene nell' ultimo caso l' intervento chirurgico sia stato sospeso, noi non possiamo sempre sperare un tale evento in altri casi; ed infatti sarebbe imprudente, anche confidando nelle forze dell' utero per superare l' ostacolo.

Caso di estesa lacerazione del fegato, con rottura della vescica del fiele ed altre lesioni; del dottor WALTER FERGUS.

William Fisher, d'anni 17, operajo, venne portato alla « Staffordshire General infirmary » alla sera del 28 marzo 1846, essendogli passata la ruota di un carro sovra l' addome precisamente sotto alle false coste. I suoi patimenti parevano leggieri; il polso era lievemente accelerato; non si vedeva contusione, e la pressione sull'addome di poco aggravava il dolore. Il ventre era chiuso dal giorno precedente; gli fu dato una mezz' oncia d'olio di ricino, e applicati fomenti caldi sull' addome.

Alla sera fu tranquillo, polso a 80 e naturale sotto altri rapporti. Alle tre ant. accusò forte dolore nell' addome cui la pressione aumentava. Il polso era piccolo e rapido, ed i lineamenti alterati: gli si ordinò un salasso di quattordici oncie, e due grani di calomelano con due terzi di grani d' oppio da prendersi ogni due ore: egli fu presso a svenire prima che si chiudesse la vena, e vomitò nel prendere la prima pillola: la materia rigettata consisteva in materia biliosa verde mista a muco. Disse trovarsi assai meglio dopo vomitato. Nel giorno 29, essendo ancora il ventre chiuso, gli fu amministrato un clistere con trementina che produsse una evacuazione non molto abbondante, di colore perfettamente naturale; la lingua era ricoperta da una bianca pania e umettata; non sentiva il dolore che quando si giaceva sul dorso, e gli si premeva sulla regione epigastrica, ma non quando sedeva o stavasi in positura eretta.

Al lunedì, sussistendo ancora un pò di dolore gli furono applicate dodici mignatte, dopo di che il dolore cessò. Il ventre agì liberamente, e la lingua si fece più netta. Al mercoledì stava così bene che si discorreva di congedarlo pel venerdì se non fosse stato per una certa durezza persistente nel polso, ed un grado straordinario di calore alla superficie.

Al venerdì, tosto dopo mezzogiorno, fu subitamente preso da estremo dolore, con un senso di distensione nell' addome, ed entro un' ora il dolore si estese su tutto l'addome, aumentandosi sotto la pressione; l' aspetto era sommamente angoscioso, il polso piccolo e rapidissimo, ed i sintomi tutti quelli d' una peritonite acuta per effusione di materia straniera nella cavità addominale. Si ricorse di nuovo alle mignatte, al calomelano ed all' oppio; e durante la notte alle frizioni mercuriali.

Ma da quel punto fino alla morte, che avvenne al seguente sabbato, fu sempre irrequietissimo, nè sentiva qualche sollievo che passeggiando. Egli fu presente a sè medesimo fino all' estremo.

Autopsia, quarantatrè ore dopo la morte. — Nel tagliare fra le pareti addominali ne spicciò un liquido scuro col colore e l' odore della bile, e solo differente pella maggiore liquidità. Aperta la cavità, si trovarono gl' intestini scabri, siccome nel primo stadio della peritonite acuta, ed alcuni fiocchi di linfa coagulabile nuotanti nel liquido bilioso scuro della pelvi. L' omento non ricopriva gl' intestini tenui. Il fegato era lacerato nella direzione presa dal legamento largo, attraverso a tutta la sua sostanza, ed alla profondità di due pollici e mezzo dal margine sottile; v' era un' altra lacerazione estesa per circa due terzi della lunghezza della superficie convessa in direzione transversale; questa era comparativamente poco profonda ed in istato di apparente riparazione. Non v' era sulla superficie peritoneale del fegato niuna effusione di linfa fuorchè intorno alle lacerazioni. Nel rialzare il margine libero del fegato, gli si trovò sotto l' omento aggruppato in una massa; era di colore bruno scuro, e nel disvilupparlo, si trovò affatto fragile e cedente sotto la menoma pressione; la porzione adiacente del colon transversale era dello stesso colore, e quasi egualmente fragile. La vescica del fiele

era rotta al di sopra, ma vicino al congiungimento del dutto epatico col cistico, in una situazione in immediata relazione ed in contatto colla massa d'omento sovra descritta; era pressocchè vuota e contratta. Nel levare il fegato si trovò nella sua superficie inferiore un'ampia placca d'ecchimosi, quasi corrispondente alla faccia rotonda dei corpi delle vertebre: incisa che fu, si trovò piena di sangue semi-coagulato.

Essendosi fatta una sezione transversale del fegato se ne trovò una porzione larga circa tre pollici, e che lo attraversava tutto, molto rossa e più densa che il circostante tessuto epatico: l'estremità anteriore di questa fascia rossa stava nella lacerazione già mentovata.

Il rene destro era inviluppato nel suo ordinario integumento adiposo, il quale era infiltrato di sangue. Nessun altro de' visceri addominali dava indizio di sofferta violenza. Dal lato sinistro vi erano segni di effusione di sangue e di ecchimosi verso il diaframma e nel pericardio. Ambo i polmoni ed il cuore erano perfettamente sani, eccetto che l'estremità inferiore del polmone sinistro era fragile e pieno di siero.

Caso di laringite accompagnato dalla formazione di una falsa membrana nella trachea e nei bronchi, nel quale fu eseguita la tracheotomia; del dottor T. A. Barker.

Il soggetto di questo caso era una donna d'anni 22, nubile, di condotta sregolata, la quale venne in cura dell'Autore nel « S.t Thomas's Hospital » al 5 gennajo 1847, gravida di cinque mesi.

La sua salute erasi affievolita già da un anno; e nove mesi prima della sua ammissione nell'ospedale era stata affetta d'improvviso da lievi sintomi febbrili, accompagnati da tosse, da distensione attraverso al petto, raucedine, perdita della voce e dolore fra le scapole. Que-

sti sintomi più gravi nei primi giorni, non erano però mai interamente cessati, e negli ultimi tre mesi aveva eziandio sofferto difficoltà di deglutizione; l'emaciazione da molti mesi incominciata avanzavasi omai rapidamente.

Quando entrò nell'ospedale aveva la voce rauca e bassissima; la laringe era alquanto sensibile alla pressione; ma siccome era in essa molto eccitamento nervoso, con sensibilità quasi in ogni parte del corpo, gli era impossibile determinare fin dove questi sintomi dipendessero da infiammazione cronica della laringe. Le fauci erano rosse ma non enfiate; la laringe bianca, la cute madida, il ventre costipato, l'appetito cattivo, il polso piccolo e debole. Il petto si espandeva bene ad ogni inspirazione: ed eravi eguale rimbombo alla percussione da ambe le parti. Sotto alle clavicole il romore respiratorio era alto ed aspro; e dal lato destro era tale quasi egualmente nella espirazione come nella inspirazione. Tosse costante, con copiosa espettorazione spumosa.

L'Autore giudicò questo un caso di tisi nel primo stadio, incominciata dal lato destro. Non essendo certo che la laringe fosse affetta, o in ogni modo sembrando che nel caso lo fosse assai lievemente, ei le ordinò solfato di ferro e chinino, e per due giorni la paziente migliorò; ma essendo poscia aumentate la raucedine, la difficoltà di deglutizione, e la sensibilità della laringe, si sospesero queste medicine; si applicò un vescicante sotto l'angolo di ciascuna gota, e si ordinò joduro di potassio, misure che le procurarono molto sollievo. Una leggiera bronchite manifestatasi entro due giorni scomparve il giorno 13, e la paziente pareva in tutto migliorata. Apparsa di nuovo la sensitività della laringe, si ricorse ancora ai vescicanti. Ma il dì dopo le inspirazioni si erano fatte lunghe, stridule e convulse; la tosse era aspra, acuta ed inane; la voce quasi spenta; le spalle ele-

vate, l'espressione angosciosa, il volto acceso, le labbra livide, e le vene del collo distese: eravi copiosa espettorazione di muco tenace e spumoso. Il petto risuonava ottimamente, ma non potevansi udire suoni respiratorii applicando l'orecchio al petto.

Fu deciso di aprir la trachea; ma dovendosi mantenere la paziente in posizione quasi eretta, i movimenti continui e rapidi della laringe, e la profusa emorragia delle vene distese del collo resero l'operazione lunga e difficoltosa. La cartilagine cricoidea venne divisa, verticalmente, nella linea mediana, e venne eziandio tagliato l'anello superiore della trachea. Non ottenendosene giovamento, venne prolungata l'incisione, tagliato sopra una porzione della trachea e tenuti separati i margini della ferita colla pinzetta, ecc., ciò che aumentò le angoscie della paziente. Le vene della faccia e del collo si fecero sommamente turgide; la faccia era squallida, la bocca anelante, il polso impercettibile; gli sforzi respiratorii dapprima violenti quantunque inefficaci, cessarono del tutto, ed essa era apparentemente morta. Il dottor *Mackmurdo* introdusse allora il dito nell'orifizio, facendolo rapidamente scorrere dall'alto al basso; e si spruzzò la paziente con acqua fredda; essa fece una profonda inspirazione, e nell'espirare spinse fuori della ferita un grosso coagulo di sangue; la respirazione per mezzo della ferita fu quindi immediatamente libera, e la paziente riconfortata, sebbene esausta.

Il grumo di sangue escito colla prima espirazione aveva tratto seco un corpo tubulare membranoso lungo circa tre quarti di pollice ed abbastanza largo da contenere il dito mignolo: consisteva di materia minuta granulare con qualche apparenza di fibre. Pare che questo corpo esistesse nella laringe nel punto ove l'incisione fu fatta, e che il coltello l'abbia spinto abbasso nell'entrare, e che quindi unendovisi il sangue entrato nella

trachea per la ferita abbia intercettato il canale, cui liberò poscia il dottor *Mackmurdo*. Dopo l'operazione stette assai meglio per quattro giorni: respirava per la ferita, tenendosi questa ripulita dal muco, ed il petto rimbombava alla percussione in ogni sua parte: ma non vi si udiva nè romore respiratorio, nè rantolo o sibilo o scricchiolio. L'Autore supponendo che questa mancanza di suoni respiratorli dipendesse da essudazione fibrinosa formata nella membrana bronchiale e ad essa aderente, le ordinò cinque grani di hydrargyrum cum creta ogni quattro ore, ed una dramma di unguentum hydrargiri fortius per frizioni alle ascelle due volte al giorno. Fu messa a una dieta leggiera e nutritiva, con un bicchiere di vino.

Quattro giorni dopo l'operazione, la respirazione fu d'improvviso inceppata, ed il molto sangue che sgorgava dalla ferita minacciava soffocazione. Percossa ancora da morte apparente fu cogli stessi mezzi richiamata in vita. Parte delle materie levate dalla trachea pareva un gitto fibrinoso dei tubi bronchiali; era come essi arborescente, e diviso e suddiviso: la parte più grossa era circa come una penna di corvo, e la più sottile non era più che una mezza linea.

Il giorno appresso le gengive erano alquanto dolenti: essa espettorò ancora qualche frammento di materia fibrinosa, non tubulare nè arborescente. Era allora sommamente esausta. Poteva inghiottire con non molta difficoltà ma non aveva appetito, ed il tubo tracheale statole applicato le dava tanta pena che nol poteva tollerare. Nelle notti dal 22 e dal 23 prese degli oppiati che le procurarono qualche sonno refrigerante. Al 24 perdette otto oncie di sangue dalla ferita ma senza pericolo di soffocazione. Prese dell'acetato di piombo, e l'emorragia fu in seguito moderata.

Fatto un nuovo esame del petto, si udirono per tutto

i suoni respiratorii eccetto che nel lobo inferiore del polmone destro; e sovra quella situazione il petto risuonava poco alla percussione. Il lato sinistro del petto pareva discretamente sano; nella parte superiore del polmone destro i romori respiratorii erano molto aspri, ed in alcuni luoghi v' era maggiore ottusità alla percussione che ai punti corrispondenti dal lato sinistro.

L' Autore fa qui notare che precedentemente all' abbandono dell' uso del mercurio, che fu presto sospeso, la parte inferiore del lato destro era divenuta quasi permeabile all' aria: egli ne inferisce che fosse stata resa solida o da sangue che vi gravitasse o da infiammazione, e che il sangue o la fibrina venissero quindi assorbite. Al 5 di febbrajo ebbe un attacco di bronchite, guarito coll' antimonio.

Al 18 febbrajo l' apertura del collo era affatto chiusa e la voce della paziente, era bensì un roco bisbiglio, ma distinta. Respirava omai liberamente per la laringe e la trachea, e pareva assai migliorata. Ma ad un tratto peggiorò: la tosse si fece costante e faticosa, l' espettorazione copiosa; le notti irrequiete; l'appetito quasi nullo, e rigettava il poco nutrimento preso. Al 28 febbrajo morì esausta, respirando però liberamente fino all' estremo.

« *Autopsia.* — La membrana mucosa della laringe e degli anelli superiori della trachea, era distrutta dall' ulcerazione; le parti non erano nè ingrossate nè enfiate, e il canale dell'aria in nessuna parte ristretto. Sebbene la ferita esterna foste chiusa, l' incisione fra le cartilagini non era guarita. La membrana bronchiale era rossa; ma in niuna parte dei tubi potevasi scoprire la più lieve traccia di essudazione fibrinosa. I polmoni erano crepitanti, e lievemente congesti nella parte posteriore.

« Il polmone destro, specialmente nel lobo superiore, conteneva molti ammassi di tubercoli, e il polmone so-

vrapposto ai tubercoli era epatizzato, in modo da formare numerose masse solide, varianti in dimensione da una nocciuola ad un uovo di piccione. Il polmone sinistro era similmente ammalato ma in molto minore estensione; essendovi i gruppi di tubercoli più piccoli e meno numerosi. Il fegato era piuttosto voluminoso, e le vene epatiche erano congeste. Gli altri visceri erano sani ».

Osservazioni. — Il dottor *Barker* rimarca che sebbene questo caso terminasse colla morte, non per questo l'operazione può dirsi essere stata infelice, poichè la paziente sopravvisse sei settimane, e senza l'operazione non sarebbe giunta a sei ore; e che la morte non venne in alcun modo accelerata dall'apertura nella trachea. Tutto considerato, è questo, secondo lui, un esempio dei buoni effetti dell'operazione, anche eseguita sotto circostanze apparentemente sfavorevoli, purchè vi si abbia ricorso in tempo; vale a dire appena si scopra l'esistenza nella laringe di un impedimento capace di cagionare la circolazione del sangue venoso nel sistema arterioso.

Nel caso presentato dall'Autore l'avvelenamento del sistema pel sangue venoso non era andato così oltre; ma per tutto il resto le circostanze non potevano essere più sfavorevoli per rispetto al successo dell'operazione. L'apertura venne fatta in una parte della trachea probabilmente già ulcerata; e la membrana mucosa era in tale stato da non poter tollerare l'irritazione di un tubo, — circostanza sfavorevolissima tanto al tempo dell'operazione come durante il corso del caso. Eravi inoltre effusione di falsa membrana nel luogo ove si fece l'apertura, e fors' anche estesa effusione di fibrina nei bronchi, come lo fa credere la mancanza di suoni respiratorii nel petto, e la quantità di fibrina espettorata pochi giorni dopo e proveniente senza dubbio dai bronchi. L'emorragia, i tubercoli nei polmone, la depressione di spirito della paziente, — erano tutte circostanze

tendenti a minorare la probabilità di prolungarne la vita fino a sei settimane.

Il dott. *Barker* termina col notare che non avrebbe amministrato sotto tali circostanze il mercurio alla sua paziente, se non avesse creduto che « l' uso del mercurio era quel solo che presentasse molta probabilità di arrestare una effusione di fibrina, la quale avrebbe bentosto compiutamente intercettati i tubi bronchiali, e di promuovere l' evacuazione di quella che già si fosse effusa. Il miglioramento avvenuto appena la bocca venne affetta dal mercurio, fu sensibilissimo: — l'espettorazione fu molto meno tenace, e l' aria incominciò a passare più liberamente nella sostanza dei polmoni ».

Nota relativa ad un caso di mala conformazione del cuore; del dott. P. B. Peacock.

Una bambina di cinque anni, era stata livida al suo nascere, ma aveva in appresso preso un colorito più naturale, ed era stata sana e robusta fino ai due o tre anni d'età. Ma da quell'epoca in poi era sempre stata delicata, e non appena si infreddasse o soffrisse di affezione catarrale, si faceva livida in faccia, ed aveva una respirazione accelerata e difficile. Gli è inutile dare il dettaglio dei segni stetoscopici i quali non fornirono una diagnosi esatta. La bambina fu per alcuni mesi in osservazione, e morì tre settimane dopo un attacco di scarlattina, accompagnata da grave ulcerazione della gola e seguìta da vomito di gran quantità di sangue.

Nella cavità del ventricolo destro esisteva un setto che divideva il seno dalla porzione infundibulare; e questo setto era perforato da un' apertura ovale, della circonferenza di ventidue linee, per la quale comunicavano i due scompartimenti della cavità. Il setto interventricolare era perfetto e il dutto arterioso chiuso. Il caso ora riportato, per servirci delle parole del nostro Autore, era un

caso di cianosi permanente, o per lo meno di esistenza in grado notabile di lividità della faccia e delle estremità, quantunque il sangue venoso non entrasse nullamente nei vasi sistemici; rimanendo unico effetto della peculiare deformità del cuore, la produzione di costante congestione del sistema venoso.

Caso di oftalmia distruttiva con estesa suppurazione della membrana cellulare, e grave affezione dell'articolazione del ginocchio, avvenuta in seguito a parto prematuro; del dott. A. M. M'Whinnie.

Il dott. *M'Whinnie* si lusinga che il caso ch'egli presenta alla Società possa meritarne l'attenzione, comecchè le Transazioni della medesima già contengano pregevoli Memorie sulla flebite in genere, e sovra certe malattie locali connesse e forse dovute ad infiammazione delle vene dell' utero nelle donne puerpere.

La signora M., d'anni 40, di corporatura esile, ma di costituzione e d'animo forte, aveva già precedentemente avute parecchie sconciature, ed erasi al 7 marzo 1847 sgravata di un feto di quattro mesi morto già da qualche tempo, e si credette che il sistema venisse contaminato dalla dimora nell' utero del feto decomposto.

L' espulsione del feto fu preceduta e susseguita da grave sconcerto costituzionale, e nel secondo o terzo giorno dopo s' infiammarono i contenuti dell' orbita destra. Il globo di quell' occhio era molto più prominente che quello dell' altro, e si temeva d' un ascesso posteriormente all' organo. La cornea, la cui trasparenza era molto diminuita, era quasi nascosta dalla congiuntiva enfiata e di colore chermisi la quale distendeva le palpebre e le rendeva molto più prominenti. Si applicarono mignatte e belladonna, e si amministrò calomelano con oppio, per l' infiammazione dell' iride e delle tonache in

genere, e si praticarono scarificazioni nella vascolare e rigonfia congiuntiva, ad oggetto di mitigare la chemosi.

Indebolita intanto la paziente da emorragia uterina, cui si arrestò colla segale cornuta e con applicazioni di lozioni fredde, fu sospeso anche l'uso del mercurio che aveva affette le gengive, e amministrato generosamente chinina con dieta tonica.

Al 28 dello stesso mese, il dott. *Federico Farre* visitò la paziente, e così descrisse l'occhio affetto. — « Le palpebre erano molto gonfie e chiuse: nel rialzare la palpebra superiore, trovai considerabile rossore e chemosi della congiuntiva, ma non suppurazione. La cornea era prominente e piuttosto nebulosa, in modo da velare la condizione delle parti più interne: si distinguevano però sufficientemente le alterazioni seguenti, — la camera anteriore era molto dilatata, l'iride gialla e disorganizzata per linfa effusa, e posteriormente aderiva alla capsula della lente; la pupilla anch'essa era piena della medesima effusione; la visione era affatto perduta. Considerando irremissibilmente perduto l'occhio, diressi tutta la cura a sostenere il sistema, e a reprimere l'emorragia uterina, che erasi rinnovata e produceva estremo esaurimento; si continuò quindi la chinina con maggiore quantità d'acido solforico ». Nel frattempo l'estremità inferiore destra si era irrigidita ed enfiata, s'infossava alla pressione, ed eravi edema del piede e del gran labbro del lato medesimo.

Si formarono eziandio collezioni di materia, dapprima specialmente in vicinanza dell'articolazione del ginocchio, e sotto l'integumento della faccia posteriore di ciascun avambraccio superiormente al carpo, che si dispersero poscia; quello a sinistra con vescicanti, l'altro spontaneamente. — Anche il polpaccio della gamba divenne tumido e teso, ed essendosi sentita fluttuazione, si fece evacuare mediante incisione una gran quantità

di denso pus. Gli ascessi esistenti in diverse parti dell'arto vennero aperti, ed i loro contenuti consistevano generalmente in pus compiutamente formato; gl'integumenti non erano sensibilmente scolorati.

Era evidente l'esistenza di infiltrazione sero-purulenta nei tessuti cellulare, adiposo e intermuscolare, di color grigio verdognolo alla sezione. La bocca e la lingua erano piene di afte, che furono trattate con una debole soluzione di nitrato d'argento e con borato di soda. Al 12 d'aprile apparve gonfiezza dolente nell'articolazione del ginocchio per effusione nella sua cavità, e tutti i suoi tessuti s'infiammarono. Le superfici articolari si potevano con tutta facilità sublussare in ogni direzione, tanto eransi allentati i legamenti. Si aperse un ascesso alla faccia esterna dell'articolazione, ed un altro sovra il condilo interno.

Ma al 23 maggio lo stato della paziente era deplorabile, ed essa era ridotta ad estrema debolezza ed emaciazione. Agli altri mali eransi aggiunte tosse e diarrea, e aumento di sensibilità degli integumenti del sacro e di altre parti soggette a pressione, per cui venne collocata sovra il letto idrostatico di *Arnott*; ciò che le fu di molto giovamento.

L'articolazione del ginocchio, già molto piegata, era stata sostenuta con solide assicelle contentive (l'esterna assai lunga) esattamente modellate sull'arto. La gamba, in cui erasi manifestata tanta suppurazione fu sostenuta con un rotolo, il quale giovò ad impedire lo infiltramento della materia. Dopo qualche tempo d'uso del letto idrostatico, si vide che stando la pelvi abbassata di molto sotto al livello del ginocchio, erasi accumulata molta materia in modo da formare un tumore prominente nella parte superiore della coscia; ed essendo pur necessario di evacuarla, e di dare pronto sfogo ad ogni nuova raccolta, si fece un'apertura in questa situazione. A questo

intento s' introdusse gentilmente in una delle aperture fistolose del condilo interno una sonda lievemente ricurva, provveduta d'un piccolo bottone all' estremità: l'istrumento penetrò profondamente, dirigendosi verso i vasi femorali, e introdotto che fu interamente, si verificò colla misura essere esso giunto ad un pollice del legamento di *Poupart*, e vicino alla situazione del nervo crurale anteriore. Si seguì la punta dell' istromento con una diligente dissezione, e nel dividere la fascia escì una gran quantità di denso pus. Un rotolo che circondava la parte inferiore della coscia facilitò il flusso della materia dall' apertura, la quale in grazia dell' anzidetta positura, stava inclinata. La paziente sopportò i suoi patimenti con molta fermezza, e non vi furono più altri ascessi formati.

Da quell' epoca vi fu miglioramento progressivo e costante — crebbe l' appetito e con esso le forze. Diminuì lo scolo dagli accessi; l' arto riebbe in parte la sua direzione, ed i muscoli il tono e la forza. Il ginocchio tuttavia contorto, venne però a migliorare, ed alterando la forma delle assicelle si ottenne in parte di estenderlo.

L'occhio ridotto ad un terzo della sua dimensione naturale, erasi ritirato alla parte posteriore dell' orbita. Le tonache esterne non erano ulcerate. Scemato di dimensione il globo dell' occhio, si produsse molta deformità dal conseguente collapso e decadimento delle palpebre. L' inconveniente maggiore che omai rimanesse, erano il dolore, l'irritazione e la lagrimazione prodotte dalle ciglia arrovesciate. A questo si rimediò coll' introdurre un occhio artificiale, avendo a ciò lasciato spazio il globo atrofiato.

La signora M. tornò in forze e in salute; il ginocchio è quasi diritto, ma pressocchè anchilosato, e alquanto deformato per la sublussazione delle superfici articolari degli ossi, — avendo la tibia trascorso un pò in fuori

cosicchè projettavasi il condilo interno del femore. Essa si sostiene sull' arto, che lascia sperare di divenire pienamente servibile.

Questa grave affezione dell' occhio in donne puerpere primieramente osservata dal dott. *Marshall Hall* e dal dott. *Higginbottom* (1), e la sua connessione coll'infiammazione delle vene uterine che primo notò *Arnott* (2), e quindi il dott. *Roberto Lee*, non è così comune come altri effetti di flebite uterina. In 160 casi da quest' ultimo pubblicati (3), ve n'ha uno solo di consecutiva oftalmia.

Nel caso presente l' affezione dell' occhio precedette quella della membrana cellulare dell' articolazione del ginocchio. Questo caso coincide in molti rispetti cogli accennati 160 casi, ma ne differisce, come il dott. *Farre* osserva, pella mancanza di suppurazione e di infiammazione ulcerativa nelle tonache esterne dell'occhio, e pella più decisa infiammazione delle parti più profondamente situate.

Il dott. *Roberto Lee* ha presentato dappoi alla Società altri tre casi di questa terribile forma d' oftalmia, i quali sono pubblicati nel volume vigesimo ottavo delle Transazioni (4). In quelli, non altrimenti che nel caso qui descritto, pare che la visione si perdesse in conseguenza d' infiammazione delle parti più interne del globo senza suppurazione o ulcerazione delle tonache esterne. I risultati dei medesimi non che dei precedenti furono fatali.

L' affezione delle articolazioni pare siano state altrettanto fatali. Il dott. *Arnott*, nel suo pregiato Saggio sulla flebite in genere (5), dichiara non avere osservato un solo caso di guarigione fra i casi di articolazioni affette

---

(1) Ann. univ. di medic., Vol. XLI, pag. 372 (1827).
(2) Ivi, Vol. L, pag. 398 (1829).
(3) Ivi, Vol. LVI, p. 93 (1830); e Vol. LXIV, p. 520 (1832).
(4) Ivi, Vol. CXXIV, pag. 553 (1847).
(5) Ivi, l. c.

da lui veduti in donne puerpere. — E l'Autore conchiude asserendo non avere egli medesimo incontrato mai altro caso di guarigione, dopo conseguenze così gravi di flebite uterina.

Due casi di sviluppo imperfetto della cute, dei capelli e dei denti; del dott. John Thurnam.

I casi della natura di quelli riferiti in questa Memoria sono sempre meritevoli di venir ricordati; e le « Transazioni della Società medico-chirurgica » sono un idoneo deposito per fatti, che possono per qualche tempo non trovare la loro piena applicazione, ma che al diligente coltivatore di teratologia riescono poscia di appoggio, mano mano che quella scienza progredisca. Noi siamo pienamente d' accordo col dott. *Thurnam,* « che la medicina pratica medesima, non meno che la storia naturale della nostra specie possono ottenere soccorso dallo studio di questi casi eccezionali ».

I due casi descritti dall' Autore avvennero in parenti, entrambi di sesso mascolino e cugini germani. Uno morì nell' età di tredici anni. La loro somiglianza fisica era tale da imbarazzare i loro amici; ma nelle facoltà intellettuali e morali presentavano altrettanto contrasto, — essendo l' uno timido e sensibile, — franco e ardimentoso l'altro, e inclinato ai lavori intellettuali. Il superstite solo venne trattato dal dott. *Thurnam,* durante gli ultimi dieci anni di sua vita che giunse all' età di cinquant' otto anni. Le sue fattezze erano minute ed appianate, la carnagione gialla, le nari compresse. Temperamento sensitivo ed irritabile. Sul capo non aveva tanti capelli quanti ne ha un bambino di tre mesi; sopracciglia mancanti, ciglia scarse; pelo nel viso scarso, e quello del pube consistente di poche e sparse ma più forti setole. I suoi denti erano in tutto quattro; i secondi ed i terzi molari della mascella superiore. Canali

nasali angusti; cute dilicatissima, priva di traspirazione, e mancante d'ogni traccia di untuosità; i sudorifici appena rammollivano la cute, la quale era di frequente ruvida e arida. Un fatto interessante venne a notizia del dott. *Thurnam* troppo tardi per verificare la probabile deficienza anatomica, — cioè, che questo signore non fu mai veduto versar lagrime. Egli morì di un' affezione polmonare, a cui era stato frequentemente soggetto.

Alla descrizione delle alterazioni patologiche fanno appendice i dettagli delle peculiarità presentate dalla cute sotto al microscopio, e riferiti dal dott. *Erasmus Wilson*. Le principali consistevano in « uno stato di estremo rilasciamento e apparente atrofia della derma, con mancanza totale di adipe e del consueto materiale sottoposto ». Le ghiandole sudorifere esistevano, ma i loro dutti erano straordinariamente delicati, e il loro integumento epitelico sottilissimo. La condizione della cute era in fatto quella di un apparato secernente imperfettamente sviluppato, o, come l'Autore si esprime, di atrofia. Il dottor *Thurnam* pensa, e pare con ragione, che questo stato patologico abbia esercitato un' influenza sfavorevole sul sistema generale del suo paziente, e contribuito sensibilmente al risultato fatale della sua malattia. Volendo cercare di rintracciare qualche tendenza ereditaria ad un difetto simile nei progenitori di questi due individui, l' Autore non potè scoprire altro se non che l' ava materna aveva una cute delicatissima, e che traspirava poco; ma nè essa, nè altro de' suoi discendenti fino alla quarta generazione non presentarono alcuna deficienza nè dei capelli nè dei denti.

Osservazioni intorno a certe condizioni patologiche del sangue e dell' orina nella gotta, nel reumatismo e nella malattia di Bright; *del dott.* A. B. Garrod.

Gli esperimenti del dottor *Garrod* lo condussero, per

ciò che riguarda la prima di queste malattie, alle conclusioni seguenti:

1.° Nella gotta il sangue contiene *acido urico* sotto forma di urato di soda, il qual sale può da essa ottenersi in istato cristallino.

2.° L'acido urico diminuisce nell' orina immediatamente innanzi al parossismo della gotta.

3.° Nei pazienti soggetti a gotta cronica con depositi tofacei, l'acido urico è sempre presente nel sangue, e deficiente nell'orina, tanto assolutamente che relativamente alle altre sostanze organiche, ed i depositi cretacei sembrano dipendenti da un'azione entro ed intorno alle articolazioni, ecc., vicaria alla funzione « secernente-acido-urico » dei reni.

4.° Il sangne nella gotta fornisce talvolta una piccola parte di urea (mancando albumina nell' orina).

Le prove su cui basano queste conclusioni sono abbastanza numerose; ed i risultati delle investigazioni furono così uniformi, da renderli sommamente probabili.

La quantità d'acido scoperto, furono, come si doveva aspettarsi, piccolissime, non arrivando in un caso misto di gotta e di tisi che a 0. 175 di grano in 1000 grani di siero ad un terzo ed in uno perfino ad un sesto di quel peso; pure anche in queste piccolissime proporzioni, la quantità era altrettante volte maggiore di quella discernibile nello stesso peso del siero di sangue sano.

Relativamente alla seconda conclusione, viene osservato che allorquando l'affezione delle articolazioni ha prodotto eccitamento nel sistema, l'acido urico e l'urato d'ammoniaca sono di frequente evacuati abbondantemente (coll'orina); specialmente quando un accesso della malattia produce un temporaneo miglioramento di salute; ma nelle persone che hanno sofferto per anni di ripetuti accessi, l'orina cessa sovente di riuscir carica, dopo il parossismo di queste materie, e allora la malat-

tia si manifesta più di frequente, e i depositi tofacei si formano spesso nelle articolazioni e intorno ad esse.

La terza conclusione, riferendosi ad una particolarità negativa risguardante la costituzione dell'orina, può difficilmente accogliersi come stabilita dagli esperimenti fatti nel caso di un solo paziente; pure, tanto è ciò che al presente appare in suo appoggio.

La susseguente scoperta dell'urea nel sangue perfettamente sano, diminuisce di molto l'importanza della scoperta fattane in quello di persone affette da gotta.

È un fatto curioso, per rapporto alla fisiologia della secrezione dell'acido urico, che nulla se ne trovasse nel sangue di un piccione, quantunque la sua orina consista interamente di urato d'ammoniaca. Si è stabilita una distinzione fra la condizione del sangue nel reumatismo acuto, e quella del medesimo nella gotta, consistente in questo che nella prima malattia non si trova acido urico più di quello che quel liquido presenti nello stato di salute. Questo risultato venne verificato sovra cinque diversi pazienti affetti da quella malattia. In alcuna di queste esperienze fu altresì manifesta la non esistenza d'urea.

I risultati dell'analisi del sangue preso da pazienti affetti da malattia di *Bright* e da albuminuria in seguito a febbre scarlattina, sono così definiti:

1.° L'acido urico esiste sempre nel sangue nell'albuminuria. La quantità peraltro ne è sommamente varia; quando le funzioni dei reni sono molto intaccate, esiste in quantità quasi tanto rilevante come nella gotta; in altri casi è in poca quantità, ma comunemente eccede quella che si trova nel sangue ordinario.

2.° L'urea esiste sempre in questo sangue in gran quantità (fatto già da molto tempo provato) e non si trova relazione fra la quantità dell'urea e quella dell'acido urico.

3.° I reni sono sempre deficienti nella facoltà di espellere l'urea; ma in quanto all'acido urico la loro funzione escretoria può essere o non essere diminuita.

I risultati di questi esperimenti sulla condizione del sangue e dell'orina, provano che l'acido urico non è un prodotto dell'azione dei reni, come si è frequentemente supposto, ma ch' egli è meramente escreto dal sistema mediante questi organi. Essi indicano altresì che la funzione escretoria dei reni per riguardo alla parte solida dell'orina non è semplice, ma che l'urea e l'acido urico vengono separatamente eliminati; ed altresi che una di queste funzioni può essere lesa o distrutta, mentre l'altra rimanga illesa. Riguardo alle parti solide e fluide dell' orina, fu già dimostrata dal dott. *Bowman* la probabilità che nella loro escrezione sieno interessati diversi tessuti dei reni.

Pare altresì probabile che a quel modo che essendo nell'albuminuria principalmente offesa la funzione « urea-escretoria », noi troviamo una eliminazione vicaria di questa sostanza nelle effusioni idropiche; del pari essendo nella gotta deficiente la funzione « acido-urico-escretoria » vengano a prodursi per una simile eliminazione vicaria dell' urato di soda, i depositi cretacei.

La gotta parrebbe quindi dipendere in parte da una perdita di attività (temporaria o permanente) della funzione « acido-urico-escretoria » dei reni, i cui sintomi premonitorii e quelli eziandio che costituiscono il parossismo, nascerebbero da un eccesso di questo acido nel sangue e dallo sforzo per espellere la « materies morbi » dal sistema. Qualunque indebita *formazione* di questo composto tenderebbe a favorire lo sviluppo della malattia; e di qui la connessione fra la gotta e l'acido urico, la renella e i calcoli, e di qui l'influenza degli spiritosi del vino, del porter, della mancanza d'esercizio, ecc.,

nel produrla. Questa ipotesi spiegherebbe eziandio due fatti i quali vennero fin qui riguardati siccome militanti contro la sua patologia umorale; vale a dire la natura *ereditaria* dell'affezione, ed altresì la sua frequenza nelle condizioni di depressione del sistema; imperocchè noi possiamo comprendere che la peculiarità del rene relativamente all'escrezione dell'acido urico è atta ad essere trasmessa; e medesimamente che quando la funzione in questione è permanentemente offesa, non si richiede una *formazione* eccessiva dell'acido per cagionare il suo accumulamento nel sangue.

Le osservazioni del dott. *Todd* su quello ch'egli chiama « rene gottoso » pajono in favore di questo principio. Una tale ipotesi separerebbe la gotta dal reumatismo acuto, poichè non si trovò eccesso d'acido urico in questa affezione. D'altronde se ci facciamo a considerare le cause di quest' ultima affezione e la qualità dei soggetti in cui avviene, saremo indotti a considerare le due malattie come analoghe solo in quanto affettano entrambe tessuti simili. Nè v' è maggiore analogia, dice il dott. *Garrod*, fra la gotta e il reumatismo di quella che vi sia fra due malattie cutanee.

Sulla operazione di Petit *per la guarigione dell' ernia strozzata; del dott.* James Luke.

Venne già osservato che il valore comparativo dell'operazione per l'ernia strozzata, quale è raccomandata da *Petit*, senza apertura del sacco ernioso, deve essere determinato dall'esperienza. Il dott. *Luke* nota peraltro che per quanto sia giusta l'osservazione, si presentano in questa indagine inaspettate difficoltà, fra le quali la impossibilità di avere casi perfettamente paralleli onde arrivare ad un risultato pienamente soddisfacente.

Gli è vero che questa difficoltà può in parte superarsi col confrontare una gran quantità di casi. Se non che i

casi raccolti dalle pubblicazioni di molti chirurghi se non rappresentano la complessiva esperienza, sono insufficienti allo scopo, poichè è naturale che una scelta qualunque fra altri casi che ci tacciano, deve dare un falso colore all'esperienza, rappresentando solo un lato della verità: e di questo genere appunto, soggiunge il dott. *Luke*, è l'esperienza fin qui fatta pubblica circa alla operazione di *Petit*.

Egli quindi, conosciuta questa sorgente di erronee conclusioni, ha voluto evitarla presentando per intero alla considerazione della Società l'esperienza sua propria su questo soggetto. Nè ha però creduto necessario notare insieme il risultato della sua esperienza dell'operazione ordinaria coll'apertura del sacco ernioso, stimando sufficiente pel confronto il richiamare alla mente i dettagli che ne furono pubblicati da altri, e che non siano soggetti alle obbiezioni sovra segnalate. Da questi noi apprendiamo i gravi risultati e le forti proporzioni di mortalità che ordinariamente tennero dietro a questo metodo comune di procedimento; d'onde deve scaturire un contraggenio nei chirurghi ad intraprendere una operazione così pericolosa, finchè non siansi esauriti tutti gli sforzi per evitarla con un efficiente taxis. E mentre dall'una parte la mortalità dell'operazione sconforta dall'eseguirla, — e dall'altra la riuscita del taxis invita a protratti tentativi, siamo egualmente condotti a procrastinare ed a perdere un tempo prezioso.

Le note fornite dall'Autore per rapporto al taxis condurrebbero a conchiudere che quando è desso eseguito felicemente il pericolo che ne segue pel paziente non sia molto grande, ma per quanto queste deduzioni possano apparire concludenti, vi si ascondono delusioni che è necessario rettificare, onde non venga incoraggiata una pratica di conseguenza ancora più fatale di quelle che seguono alla operazione ordinaria quando finalmente vi si ricorra.

Onde fornire dati adequati a togliere questa illusione, è necessario che venga notata unitamente la mortalità generale di tutti i casi trattati col taxis e coll'operazione, ed istituito un confronto fra la pratica dei tentativi protratti per assicurare un taxis efficace, e del procurare un pronto sollievo alle parti costrette, sia col taxis, sia coll'operazione. Può essere che l'aumento di mortalità dell'operazione protratta venga neutralizzata dalla maggior sicurezza che il paziente ottiene da un taxis efficace, anche quando sia protratto. Quel che è certo è che la mortalità proveniente dalla operazione per sè stessa, viene di molto aumentata dal procrastinarla: così in sessantanove pazienti operati prima del decorso di 48 ore dalla strozzatura nel « London Hospital », ne morirono dodici; e di trentotto operati *dopo* le 48 ore ne morirono quindici: di tredici dubbiosi quanto alla durata della strozzatura morirono sei.

Che questa operazione, quale viene d'ordinario praticata, continua l'Autore, sia pericolosa, e che la necessaria denudazione e manipolazione di parti così importanti alla vita ne aumenti il pericolo e la ripugnanza ad avervi ricorso, tutto ciò è troppo vero; ed è certo che se si potesse eseguire il taxis anche con un'operazione, ma scompagnata da una tale denudazione e manipolazione, la ripugnanza sarebbe in gran parte tolta, e vi si ricorrerebbe più presto.

E tale appunto è lo scopo dell'operazione di *Petit*, nella quale, non aprendosi il sacco ernioso, si verifica una vera somiglianza coll'ordinaria pratica del taxis; e questo è come già fu dimostrato, accompagnato da lieve pericolo. Gli argomenti *a priori* in favore dell'operazione di *Petit* vennero già segnalati dal dott. *Key*, per cui l'Autore crede superfluo ripeterli in questa Memoria diretta solo a dimostrare i risultati dell'esperienza.

I materiali da cui il dott. *Luke* ha tratto le relazioni consegnate a questa Memoria vennero principalmente raccolti dall' anno 1841 in avanti, ed alcuni pure nei precedenti dieci anni in cui l' Autore si giovò talvolta dell' opportunità di eseguire l' operazione di *Petit*. Ma dal 1841 in poi, eccettuati quattro soli casi, egli ne informa avere invariabilmente tentato di eseguire l' operazione dell' ernia senza aprire il sacco: circostanza meritevole di rimarco, poichè noi possiamo fino ad una certa estensione concludere dall' esperienza di lui quali sarebbero i risultati generali, tanto rispetto all' esecuzione che alla mortalità dell'operazione, quando venisse adottata generalmente, quale regola ordinaria di pratica.

Inclusivamente a casi avvenuti dal 1831 al 1841, l'Autore adottò complessivamente l' operazione di *Petit* in ottantaquattro casi. Ma volendo escludere i ventisei casi suddetti per la ragione che essendosi scelti fra molti altri per tale operazione è presumibile che forniscano risultati più favorevoli dell' ordinario; ed esclusi parimenti altri quattro che erano casi di perdute speranze, ed in cui un' operazione qualunque anche col taxis doveva riuscire funesta, rimangono cinquantaquattro casi, i quali possono fornire sovra una scala limitata dati soddisfacenti per un confronto coi risultati dell' operazione ordinaria, non che per dimostrare il grado di riuscita raggiunto cogli esperimenti fatti per mettere ad effetto l' operazione di *Petit* generalmente, ed in ogni specie d' ernia che fu operata. Di questi cinquantaquattro casi, il sacco venne aperto in ventuno, dei quali tre morirono; e non aperto in trentatre dei quali ne morirono due. Quindi l'operazione di *Petit* fu effettivamente compiuta in più di due quinti del numero totale. Fra i casi in cui il sacco fu aperto, in dieci la strozzatura dei contenuti durava da meno di ventiquattro ore quando si

fece l'operazione, e ne morì uno; in tre era di meno di quarantott'ore, e ne morì uno; in otto era di più di quarantott'ore, e di questi pure uno morì. Fra i casi non aperti ve ne erano tredici in cui la strozzatura era incominciata meno di ventiquattro ore prima quando si operò, e di questi non morì nessuno; dodici in cui datava da meno di quarant'otto ore, e ne morì uno; otto in cui oltrepassava quarant'otto ore, e ne morì uno. Nel confrontare questi risultati l'uno coll'altro come altresì coi risultati dell'operazione ordinaria in cui il sacco viene aperto estesamente, va ricordato che nei casi di non riuscita esso venne sempre inciso in estensione assai limitata (variante da un quarto di pollice ad un pollice ed un quarto), cosicchè l'irritazione in conseguenza da esposizione dei contenuti erniosi, e dall'aspro e immediato maneggio che troppo sovente subiscono essendo già in una condizione di forte infiammazione, è quasi interamente evitata. È quindi presumibile che i risultati di questi casi di sezione limitata debbano avvicinarsi ai risultati dell'operazione di *Petit*, coi quali hanno una certa somiglianza, e che non debbano essere in posizione affatto sfavorevole in loro confronto, quantunque il principio non sia in questi portato così avanti come in quelli. Nè si deve credere che la necessità di aprire il sacco implichi a un maggior grado di costringimento dei sacchi erniosi, o una conseguente maggior gravità di caso per lesione organica, che nei casi in cui tale necessità non si presenta. Pare piuttosto che l'ordinaria causa di non riuscita sia da attribuirsi alla natura del tessuto che cagiona lo stringimento, che non allo stringimento stesso per quanto grande siasi.

Così, uno stringimento può essere cagionato o dal collo di un sacco ernioso, o dai margini dell'apertura addominale, affatto indipendentemente dal sacco. I gradi di costringimento provenienti da queste cause possono

essere eguali, ed eguale la conseguente lesione organica. Pure, nel primo caso il chirurgo fallirà spesso nei suoi sforzi, e sarà obbligato ad aprire il sacco per ridurre i contenuti nell' addome; laddove nell' ultimo i suoi sforzi saranno quasi sempre coronati dal successo, a meno che siano avvenute adesioni entro il sacco.

Rispetto alle cause per cui nei suddetti ventun casi venne aperto il sacco, pare che in tre l'operazione di *Petit* fosse felicemente compita, ma che il sacco venisse aperto dopo la riduzione delle parti strozzate entro l'addome, per togliere qualche dubbio rimasto nella perfetta loro liberazione; precauzione che l' evento dimostrò essere stata superflua. — In dieci la strozzatura era cagionata dal collo del sacco. — In uno dessa era all'anello interno. In uno l' ernia (femorale) si estendeva all'ombellico e nello scroto, e l'intestino era moltissimo disteso da flati, e la tonaca peritoneale scoppiata per la distensione. — In due l' apertura fu accidentale. — In quattro la causa dell' apertura del sacco non è detta.

Facendo un'analisi dei diversi generi d'ernia, si trova una grande sproporzione nella riuscita degli sforzi per compiere l'operazione; d' onde possiamo desumere le difficoltà che si sono incontrate in ciascuno rispettivamente, e che sono probabili in altri casi. Fra i cinquantaquattro casi, trent' uno era femorale, venti inguinali e tre ombellicali.

Dei trent' un casi d' ernia femorale, il sacco venne aperto in sette, dei quali uno morì; e non aperto in ventiquattro, e di questi pure ne morì uno.

Dei venti d'ernia inguinale, il sacco fu aperto in tredici, e ne morirono due; non aperto in sette, fra i quali non v' ebbe alcuna morte.

Dei tre casi d' ernia ombellicale, il sacco fu aperto in uno che guarì; e non aperto in due, dei quali ne morì uno.

La relazione suddetta dimostra che l' operazione di *Petit* riuscì molto più frequentemente nell' ernia femorale, e che fu necessario molto più frequentemente di aprire il sacco nell' ernia inguinale per effettuare la riduzione de' suoi contenuti entro l' addome. Questo risultato concorda pienamente, dice l' Autore, colle nostre presunzioni rapporto alle difficoltà da incontrarsi per la consueta situazione dello strozzamento in simili casi. Tutti i chirurghi convengono che lo strozzamento è talvolta situato nel collo del sacco erniario, ma non tutti sono d' accordo circa alla sua supposta frequenza. Quelli che negano la sua frequenza suppongono che lo stringimento sia in molti casi cagionato dalla fascia che immediatamente investe il sacco. Il dott. *Luke*, peraltro, opina con quelli che ritengono che la causa costringente esista più frequentemente nel collo del sacco e risulti da ingrossamento del peritoneo in quella parte. Dei venti casi d' ernia inguinale enumerati, lo stringimento era in quindici nel collo del sacco, e per lo più non alle aperture addominali, ma un pò sotto all'anello esterno, d' ordinario distante da esso da un mezzo pollice ad un pollice, ma talvolta fino a tre pollici, producendo uno stringimento a vetro d'orologio del sacco erniario. Il supposto che quando lo stringimento proviene da ingrossamento del peritoneo al collo del sacco, non si possa eseguire l' operazione di *Petit*, non è del tutto giusto; ed infatti dei sette casi d'ernia inguinale operati felicemente col metodo di *Petit*, in cinque lo stringimento era situato nel collo del sacco. Qui l' Autore così descrive il modo di procedere da lui ordinariamente adottato in tali casi.

« Il primo passo, prima d' intraprendere alcuna incisione, è accertare l'esatto punto in cui è situato lo stringimento; poichè deve essere evidente che senza questa cognizione le incisioni necessarie potrebbero dirigersi ad

un punto diverso da quello ove realmente si richiedono. Questa cognizione (come è più compiutamente dimostrato nella « Medical Gazette », vol. 1, 1839-40) viene raggiunta mediante una nozione generale del fatto, che lo strozzamento impedisce la comunicazione d'impulso da una parte di un tumore ad un'altra situata oltre allo stringimento. Prevalendoci di questo principio non altro abbiamo a fare che premere fortemente il tumore colle dita di una mano, coll'intento di produrre impulso, mentre colle dita dell'altra mano collocate al collo del sacco, si verifica con tutta la diligenza il preciso punto in cui l'impulso cessa: — in quel punto sarà la sede dello stringimento. Conosciuto questo, il passo che segue è incidere gl'integumenti in modo che il centro dell'incisione sia precisamente sopra lo strozzamento: intento facile a raggiungersi col sollevarne fra le dita una piega transversale, e inciderla trapassandola con un bistorino sottile, in direzione parallela al lungo asse dal tumore. In seguito si incidono le varie fascie, finchè rimanga esposto il collo dell'ernia. Ove ciò venga eseguito esattamente e compiutamente, si troverà d'ordinario alla sede dello stringimento una depressione che presenterà un aspetto più contratto in quella parte che in altre. Questa parte più contratta rende al tatto un senso di compattezza e sovente di durezza, mentre si addensano entro ad essa sottili strati di fascia, i quali possono venire scambiati per lo stringimento stesso, ma che si possono incidere affatto, indipendentemente da esso, e senza che ne venga giovamento alcuno. Rovesciati indietro che siano questi strati, appare allo scoperto il vero stringimento. Procedendo oltre a questo punto è necessaria molta cautela. Ciò che rimane a farsi è incidere o piuttosto scarificare il peritoneo ingrossato e scoperto (che forma lo stringimento al collo del sacco) in uno, due o tre luoghi, senza inciderlo compiutamente. Con

queste scarificazioni, lo stringimento va rilassandosi in modo da riuscire più cedevole alla pressione del taxis, e quindi più idoneo ad essere raggiunto, circostanza molto favorita anche dalla privazione del sostegno che prima trovava nelle fascie che lo circondavano nella loro integrità. È naturale che operando in questo modo con uno stringimento collocato così, deve essere difficile il limitare le incisioni in modo da evitarne la incisione. Ora se ciò accade, ecco necessariamente fatta un'apertura entro il sacco ernioso, ed ecco falliti i tentativi per compiere l'operazione di *Petit*. Ciò nullameno, essendo un'apertura così fatta di piccola estensione, ne consegue poca la esposizione dei contenuti erniosi. Dessa è però spesso sufficiente a permettere una efficace applicazione del taxis senza ulteriore dilatazione, nel qual caso poco è mancato ad un pieno successo ».

Talvolta, avverte l'Autore, la parte costretta era tanto assottigliata che sotto la pressione del taxis cedette e lasciò uscire i contenuti liquidi del sacco; ed una volta anche una piccola porzione d'intestino, che però fu tosto ricollocato nel sacco e ridotto nell'addome col taxis.

« Quando lo stringimento è cagionato dai margini dell'anello esterno, ne riesce facile la incisione coll'introdurre disotto la sonda da ernie e su d'essa inciderlo con un bistorino. All'opposto, se lo stringimento è all'anello interno, l'incisione è difficilissima a cagione della profondità della sua situazione. Il tentativo deve farsi al modo medesimo coll'introduzione di una sonda e coll'uso di un bistorino comune ».

L'operazione di *Petit* riuscì più frequentemente nell'ernia femorale che nell'inguinale, e di trent'un casi riescì in ventiquattro, cioè in più che tre quarti.

L'ernia femorale si presenta sotto varie forme. Più comunemente si eleva sopra il legamento di *Poupart* o comprimendovi la superficie anteriore del tendine del

muscolo obbliquo esterno o coprendo l'anello inguinale esterno, nel qual caso può essere presa per ernia inguinale. In altri casi si alza fino alla spina dell' ilio, o anche fino all' ombellico. In tutti questi casi l' anello femorale è mascherato, e pare difficile raggiungerlo per incidere lo stringimento senza aprire il sacco, difficoltà alle volte solo apparente.

L'operazione è generalmente facile e spedita. Quando il tumore è sovra il legamento di *Poupart*, non vi sono mezzi certi per precisare la sede dello stringimento; pure essendo esso sempre a poca distanza dall' anello femorale, è verso questo, come insinua l'Autore, che si debbono dirigere le incisioni, ricordando però che non di rado la situazione reale dello stringimento è sulla coscia da un mezzo pollice a tre quarti sotto all'anello, e vi è cagionato da liste di fascia che immediatamente investono il sacco, e probabilmente derivano dalla fascia trasversale. L'Autore viene poscia a descrivere il processo dell' operazione.

« Essendo l' anello femorale il desideratum, resta a decidersi come si possa più prontamente raggiungere questa apertura. Quando il tumore si eleva nel modo descritto, un' incisione sovra il medesimo direttamente sovra l' anello femorale implica la necessità di dirigere in seguito le incisioni alla sua parte superiore, dopo di che esse vanno dirette abbasso fra il tumore, ed il tendine del muscolo obbliquo esterno verso l' anello. In questo modo si verrebbe a fare un circuito, in alcuni casi di forse più della metà del tumore, una gran parte del quale non soccorrerebbe altrimenti l' operatore nel raggiungimento del suo soggetto; ma al contrario ritarderebbe i suoi procedimenti, prolungherebbe i dolori ed aumenterebbe i pericoli dell' operazione. È assai meglio evitare, per quanto è possibile, le incisioni sovra il tumore. Questo si può in gran parte ottenere, operan-

do col metodo da me comunemente adottato in simili casi.

« Devesi ricordare che quasi sempre esiste una scanalatura o depressione d' integumenti indicante i limiti superiori del tumore sulla superficie addominale. Quando non si vegga depressione, i limiti si potranno verificare colla pressione del dito in quella situazione. Ora bisogna sollevare in quella parte una piega d' integumenti, e inciderla trapassandola con un coltello sottile cosicchè l' incisione sia perpendicolare al corpo, col centro opposto alla depressione già detta. Con pochi colpi di coltello si denuda l' espansione tendinosa dei muscoli addominali; dopo di che bisogna introdurre un dito fino al legamento di *Poupart*, fra l'espansione tendinosa e il tumore, dove questo sporge sovra quella. Scoperto così il legamento, si guida col dito sotto ad esso la sonda scanalata fino all'anello femorale il cui margine si può incidere con sicurezza e facilità verso l' alto con un bistorino bottonuto comune. Ove lo stringimento sia cagionato dai margini dell' anello, il taxis riuscirà d' ordinario prontamente, e l'operazione sarà compiuta in pochissimo tempo. Ma se è cagionato dalle liste di fascia sovra accennate, la sonda sarà passata sovr'esse nell'entrare nell' anello, nel qual caso qualunque incisione all' insù sarà affatto inutile. Quando il taxis non riesce prontamente, saranno probabilmente da accagionarsene quasi sempre queste liste di fascia. Il fatto si farà abbastanza chiaro quando s' introduca il dito sopra il collo del sacco, sotto al legamento di *Poupart*, comprimendo intanto il corpo del sacco fra il pollice e le altre dita dell' altra mano, poichè si verrà a scoprire che una tale pressione non gli comunica niun impulso. Con un pò di attenzione si possono distinguere le liste attraversanti il collo del sacco da un mezzo pollice a tre quarti al disotto dell'anello, e si possono incidere insinuando sotto

ad esse dall' alto l'ugna dell' indice della mano sinistra, e portando la punta di un bistorino bottonuto lungo l'ugna col margine ottuso verso il sacco. Nel fare questa divisione il chirurgo tragge il bistorino fuor dal sacco verso sè stesso, col quale procedimento convenientemente eseguito egli evita tutti i pericoli di ferire il sacco e i suoi contenuti. È probabile che il fallito successo dell' operazione di *Petit* in questo genere d'ernia sia sovente provenuto dal non conoscere questa frequente situazione di stringimento cagionata da liste di fascia tanto al disotto dell' anello femorale. Con questa informazione io ritengo che fallirà di rado un successo, ove non sia per cause esistenti entro il sacco, provenienti da alterazioni ne'suoi contenuti, circostanza per niun modo comune in casi di discesa recente ».

Quanto all'ernia ombellicale, il dott. *Luke* dichiara non averne molta esperienza diretta, ma essere propenso a credere, da quanto osservò nell'apertura del sacco in simili casi, che l'operazione di *Petit* non vi possa essere così conveniente come nelle ernie inguinali o femorali. È noto, dic'egli, che nelle forme più estese e più vecchie della malattia, gran parte del tumore è d'ordinario composto di masse d'omento, spesso ingrossato da depositi di adipe; in questa massa può essere avviluppato e strozzato l'intestino, ed allora l'operazione di *Petit* sarebbe incerta e pericolosa. Se però l'ernia è recente, riducibile, e di piccola dimensione, egli la ritiene medesimamente idonea e praticabile.

Obbiezioni analoghe a queste furono elevate contro l'operazione di *Petit* anche negli altri casi. Ma, osserva l'Autore, che nell' ernia femorale e nella inguinale l'inviluppo e lo strozzamento dei contenuti fra sè stessi sono molto meno probabili che nelle forme più estese d'ernia ombellicale, e che questa differenza proviene dalla loro maggiore distanza dalla sorgente dello sconcerto,

e dalla loro comparativa immunità da protrusione di grandi masse d'omento, la cui frequenza ed estensione è la misura del pericolo. Ciò non viene già a dire che il pericolo non esista anche nelle ernie inguinali e femorali; ma è leggiero, fuorchè nelle grandi ernie, per la maggior probabilità di protrusione di grandi masse d'omento. E se, continua il dott. *Luke*, i chirurghi concordano nel credere che sarebbe opportuno evitare nelle grandi ernie l'apertura del sacco, ritenendo ne venga maggior danno dal denudamento di ampie masse di contenuti erniosi, che non dalla suscettibilità di avviluppamento; pare che il pericolo di avviluppamento debba essere di poco peso contro questa operazione nei casi di piccola ernia, in cui appena può dirsi che questo pericolo esista.

Talvolta può nascere qualche ostacolo per adesioni fra i contenuti erniosi ed il sacco; ma se l'operazione si eseguisce quando lo strozzamento è recente, esse non saranno di grave ostacolo alla riduzione dell'ernia, poichè essendo ancora molli possono separarsi anche negli ordinarii maneggi del taxis. Ma le adesioni vecchie implicano una previa irriducibilità dell'ernia, — e la storia del caso farà ciò conoscere all'operatore. Se queste esistono, è raro che le parti aderenti siano soggette a grave strozzamento, fuorchè qualche nuova protrusione, che sembra ricevere tutta l'influenza dello stringimento. Se questa parte viene liberata da un'operazione, la chirurgia ha fatto tutto ciò che in questo caso era richiesto. Nel liberare e ridurre queste piccole parti dell'ernia, il chirurgo può dubitare se il rimedio è sufficiente ed effettivo, poichè la parte che era irriducibile, tale rimane tuttavia. I segni della liberazione sono però d'ordinario abbastanza chiari e decisivi. Ma se rimane incertezza, conviene aprire il sacco in piccola estensione. Operando in tali casi, il chirurgo dovrà essere soddisfatto

se sentendo sotto la pressione del taxis una porzione del tumore sdrucciolargli di sotto alle dita per l' apertura addominale, ne segua mitigamento alla tensione del rimanente. I segni di riuscita diventano più evidenti mano mano che il taxis procede, finchè generalmente non rimane più dubbio ragionevole sull' effettivo soccorso prestato. La riuscita dell' operazione di *Petit* in questi casi ha l' importante vantaggio che le parti aderenti le quali debbono di necessità rimanersi nel sacco non ridotte, non furono esposte a niuna influenza nociva, e sono collocate in una condizione poco o nulla dissimile da quella precedente alla loro nuova discesa.

L' evenienza della mortificazione dei contenuti del sacco ernioso, non è, secondo il dott. *Luke*, neppur esse un argomento veramente imperativo per l' apertura; poichè l' argomento negativo che il fatto di sessantadue casi somministra, prova almeno che questa mortificazione è rara, e che lo sarà ancor più quando si ricorra all' operazione più presto. Nel numero suddetto non ve n' ebbe che un sol caso, e così lieve da non necessitare nessun trattamento speciale, venendo ridotti nell' addome i contenuti erniosi nel modo consueto, colla successiva guarigione del paziente.

Allorchè la mortificazione dell' intestino è estesa o generale la pratica migliore è aprirlo liberamente, e lasciare la parte nel sacco non ridotto. Ma quando le parti mortificate sono piccole, pare miglior partito ridurlo nell' addome senza aprirlo. In questo caso è probabilissimo che la continuità del canale rimanga illesa, a cagione che l' apertura laterale formatavi dalla separazione delle parti mortificate si chiude sovente per adesioni de' suoi margini alle pareti addominali o ai visceri circonvicini. La parte mortificata viene così abilitata a scaricarsi nell' intestino medesimo, senza che avvenga effusione nella cavità peritoneale. Quindi, questi casi non

rendono l' operazione di *Petit* inopportuna, imperocchè oltre che non sarebbero altrimenti suscettibili d' altra cura che del taxis, non pare che la disposizione all' effusione entro la cavità peritoneale sia menomamente aumentata dal rimaner chiuso il sacco; e d' altronde ove questa avvenga, i segni ne saranno abbastanza distinti perchè il chirurgo possa aprirlo quando la necessità si presenti, e prima che ne seguano conseguenze sinistre. È chiaro che se si fosse aperto il sacco in alcuno dei succitati sessantadue casi per timore di mortificazione, la misura sarebbe stata superflua, ed il nuovo pericolo inflitto gratuitamente. E qui l' Autore nuovamente insiste che sebbene l'occorrenza di estesa mortificazione sia oggetto da calcolarsi nell' operazione di *Petit*, se questa giunga ad ottenere un maggior grado di confidenza che l' ordinaria, vi si ricorrerà più prontamente di quel che finora si faccia, e così questa circostanza contrapposta alla sua pratica, sarà ancora più rara. È bensì vero che l'adottare per tempo l' operazione, ci toglie dal prevalerci delle probabilità di ottenere un effetto col taxis, e che talvolta si possono eseguire operazioni che sforzi protratti avrebbero risparmiate. Ciò nondimeno pare assai preferibile il sottoporre forse inutilmente qualche paziente ad un' operazione pressocchè innocua, di quello che assoggettar tutti alle conseguenze troppo spesso fatali della procrastinazione.

Si ricordi che le difficoltà del taxis causate da tumefazione dei contenuti erniosi, aumentano fino ad un certo punto colla durata dello strozzamento; e che per conseguenza il taxis si eseguisce più prontamente prima che la tumefazione abbia luogo. E si ricordi parimenti che il tentativo per eseguire l' operazione di *Petit*, apre una maggior facilità pel taxis, mediante la incisione ed ablazione di parti che circondano e sostengano immediatamente l' immediata causa costringente. Se l' ope-

razione fallisce anche nei primi periodi, in circostanze le più favorevoli pel buon successo, e con tutte le guarentigie che presenta un' operazione limitata, è affatto improbabile che il taxis sarebbe riuscito per quanto fosse protratto. Un'operazione fallita, quantunque eseguita bene, è in fatto una prova diretta che il taxis solo non sarebbe riuscito; nel mentre che la felice riuscita della medesima (anche se è superflua) non avrà fatto che infliggere al paziente poco più che una indifferente incisione degl' integumenti, senza che si possa ragionevolmente attribuire nuovo pericolo all' operato dal chirurgo. Ma assai più generalmente vi sarà la coscienza di avere pôrto più presto sollievo al paziente con una operazione la quale (ove si eviti una soverchia precipitazione) si dimostrerà che sarebbe divenuta molto più urgentemente necessaria ad un periodo avanzato, sotto circostanze proprie a produrre grave aumento di pericolo.

(La continuazione nel prossimo fascicolo).

On Cancerous, etc. — *Sulle produzioni ossia vegetazioni cancerose e cancroidi; di* Giovanni Ugo Bennett, *M. D.* — *Edimburgo*, 1849. *Un Vol. di pag.* 260 *in*-8.° *(Estratto).*

Gli inglesi prosieguono ad illustrare la storia naturale del cancro e delle escrescenze cancroidi. Noi abbiamo già avuta occasione di lodare l'opera distintissima di *Walshe* allorchè ne abbiamo dato un minuto ragguaglio in questi Annali (1). Il Trattato di

(1) Ann. univ. di med., Vol. CXX, pag. 129 e 521 (1846); Vol. CXXII, pag. 517 (1847); Vol. CXXIV, pag. 23 (1847).

Bennett, recentemente pubblicato, mostra che l'argomento stesso continua ad essere studiato in quel paese, e che il classico libro di *Walshe* poteva essere emulato. I lettori nostri comprenderanno come questa nuova opera di *Bennett* non sia inferiore alle altre riputatissime scritture che la scienza possiede mercè sua, e delle quali noi abbiamo fatta ragione in questi Annali.

Quest' opera venne composta nel seguente modo. Il dott. *Bennett* nella sua qualità di patologo alla « Edinburgh Infirmary » ha esaminato per una serie di anni tutti i tumori che vennero asportati con operazione dagli ammalati ammessi in quell'ospizio: il maggior numero di que'tumori erano supposti all'atto dell'operazione di natura maligna, o erano pericolosi per la mole loro o per la loro posizione. Egli ha eziandio esaminati varj tumori a lui trasmessi da operatori, conscii dell'interesse che egli metteva nello studio delle escrescenze. In questo modo ha potuto raccogliere osservazioni sui caratteri fisici e microscopici di 56 tumori; le particolarità di queste osservazioni formano la prima parte dell'opera: le descrizioni microscopiche sono illustrate con disegni incisi in legno, molti de' quali sono eccellentemente eseguiti. La seconda parte contiene una discussione generale sul cancro e sulle vegetazioni cancerose, la quale è fondata precipuamente sulle precedenti osservazioni. Queste osservazioni pertanto costituiscono la base di tutta l' opera: e qualunque valore vorrà essere attribuito alle opinioni del dott. *Ben-*

nett, esso si dovrà soprattutto riconoscere dalla diligenza colla quale esse sono state fatte.

Entriamo dunque prima di tutto in un'analisi delle medesime fin dove è concesso dai limiti di queste pagine.

In ogni osservazione venne seguito il metodo che esponiamo. Dapprima è dato un breve ragguaglio del caso, il quale è seguito dalla descrizione dei caratteri fisici del tumore e della sua tessitura microscopica: la osservazione termina con un breve commentario che esprime la opinione del dott. *Bennett* sulla natura del caso. L'esame microscopico è fatto nel seguente modo: Fatto un taglio nel tumore, viene espresso; se colla spremitura esce alcun liquido, se ne pone una goccia sotto il microscopio, e viene esaminata alla maniera ordinaria con acqua, acido acetico ed altri reagenti; se non esce fluido la superficie è raschiata; sulla parte solida del tumore sono quindi praticate delle sezioni, col qual mezzo viene più o meno distintamente scoperto lo stroma del tumore, non che i rapporti che i contenuti intra-stromali hanno fra loro e colle pareti. Per saggio del metodo di *Bennett* riportiamo l'esame microscopico della prima e della settima osservazione. Nel primo caso il tumore esaminato era vero scirro della mammella, stato asportato dal prof. *Syme*. Esso scrosciò sotto il coltello che lo tagliava, e alla compressione diede un fluido latticinoso. « Venne levata una fetta sottilissima dal centro del tumore, mercè il coltello di *Valentin*, ed esaminata coll'ingrandimento linea-

re di 250 diametri. Essa consisteva di una rete di tessuto fibroso formante nastri ondosi disposti qua e là in cerchii varianti in ampiezza. Alcuni di questi erano molto ampii (un quinto di millimetro in diametro) racchiudevano altri cerchii, ciascun dei quali era circondato da parecchi filamenti di tessuto fibroso. Alcuni di questi cerchii contenevano numerosi corpuscoli nucleati agglomerati insieme, misti con granuli; altri non contenevano granuli o soltanto pochi. Qua e là si vedevano parecchi corpuscoli granulari composti. Aggiungendo acido acetico sull'intero tessuto, esso diventava più trasparente. Molti dei filamenti fibrosi divennero invisibili e i rimasti erano punteggiati qua e là con nuclei allungati. Le pareti dei corpuscoli venivano parzialmente sciolte e rese più trasparenti, mentre i loro nuclei rimanevano inalterati. Il fluido cremoso che si esprimeva dalla superficie del tumore conteneva: 1.° cellule nucleate; 2.° corpuscoli granulari composti; 3.° numerosi granuli. Le cellule nucleate erano di forma rotonda od ovale, e variavano in volume da 1/100 a 1/50 e fino a 1/40 di millimetro in diametro. Alcune contenevano un nucleo; altre due, di forma ovale, il cui maggior diametro variava da 1/100 a 1/75 di millimetro. Alcuni di questi nuclei contenevano un nucleolo, ed altri due. Aggiungendo acido acetico, le pareti delle cellule diventavano più trasparenti; i nuclei erano inalterati e vedevansi pertanto più distinti ».

L'esame di questo pezzo presenta, secondo *Ben-*

nett, un buon esemplare della vera tessitura cancerosa; e denomina « cellule di cancro » per eccellenza le cellule descritte nel frammento su riportato.

L'altro esame microscopico riguarda una specie differente di tumore del seno. In questo caso il tumore era di maggior volume molto duro e dolente, senza retrazione del capezzolo, nè alterazione alle glandule ascellari. La apparenza fisica del tumore era quella di una massa gelatinosa, color d'ambra, convertentesi in una massa fibrosa più soda, opaca, bianca. « La porzione gelatinosa color d'ambra era composta principalmente di un blastema, privo di struttura, contenente qua e là fibre di estrema minutezza, le quali mercè opportuni artificii di luce potevansi vedere assumere la forma di corpuscoli fusiformi. Nel mezzo del blastema gelatinoso, a diverse profondità, eravi un numero di masse granulari composte. Alcune di queste masse, se portate nel foco, presentavano un numero di granuli del volume di 1/500 a 1/200 di millimetro in diametro, che rifrangevano sommamente la luce, ed erano aggregati insieme senza essere chiusi in una cellula con pareti. Quando queste masse erano fuori del foco presentavano un'ombra bruno-scura. Dove la gelatina color d'ambra faceva passaggio nella sostanza bianca le cellule fusiformi crescevano in numero ed erano mescolate con molte cellule ovali nucleate di grande minutezza, di vario volume, e specialmente di varia lunghezza, alcune caudate, altre fusiformi. Una fetta sottile della parte più densa della porzione bian-

ca presentava una tessitura fibrosa interamente composta di cellule, le quali, per l'aggiunta di acido acetico, divenivano più trasparenti rendendosi in pari tempo più distinti i nuclei. » Questo tumore sembrava consistere di un semplice blastema, nel quale stavasi formando il tessuto fibroso. Esso non conteneva celle di cancro, ma apparentemente conteneva soltanto i comuni elementi di essudazione.

Le 56 osservazioni che compongono la prima parte risultano come segue: 33 erano tumori cancerosi, tra i quali 6 eran casi di cancro del petto; 4 dello stomaco; 3 del fegato ed altre parti; 4 dell'utero ed altre parti; 3 del peritoneo ed omento: gli altri constano di cancri della guancia, del collo, del testicolo, del diaframma, dei polmoni, del retto, e di altre parti. Questi tumori cancerosi avevano la natura di scirro, encefaloide, o colloide, poichè il dott. *Bennett* adotta la divisione comunemente ricevuta del genere cancro in codeste tre specie. La descrizione che egli dà di esse non differisce materialmente da quelle date da *Müller* e da *Walshe*. La relativa quantità dello stroma fibroso, delle cellule contenute nelle sue maglie e dell'umore vischioso che le circonda, è detto determinare la natura della specie risultante. « Se l'elemento fibroso è in eccesso, esso costituisce scirro o cancro duro; se le cellule sono numerose, encefaloma o cancro molle; e se abbonda l'umore ed è raccolto in loculi o piccole cisti, esso è denominato cancro colloide (1) ».

(1) Noi siamo d'avviso però, o sospettiamo almeno, che le

Le altre 23 osservazioni furon fatte sopra tumori che non erano cancerosi, sebbene alcuni di essi siano stati scambiati per cancro, ed altri siano stati distinti difficilmente anche dal dott. *Bennett*. Questi tumori avevano varia natura, fibrosi, fibro-plastici, epidermici ed epiteliali, cistici ed encondromatosi. Un tumore (oss. 32) attaccato al tentorio del cervelletto, sebbene supposto canceroso da quelli che lo avevano veduto prima, si è trovato composto di corpuscoli di tubercolo. Il dott. *Bennett* propone di denominare « cancroidi » tutti questi tumori, cioè a dire non cancerosi, ma rassomiglianti il cancro. « Per escrescenza cancroide, egli dice, io intendo quel tessuto che all'occhio nudo, al tatto, e spesso per la sua maniera di comportarsi nel decorrere, assomiglia così davvicino un tumore canceroso che viene comunemente scambiato per tale, e che ciò nullameno esaminato intimamente presenta differenze di tessuto di carattere molto marcato ».

Sebbene però noi pure siamo d'accordo nei motivi che condussero il dott. *Bennett* ad usare questo vocabolo, e sebbene ammettiamo noi pure che sotto alcuni riguardi è appropriato, non possiamo approvare la convenienza di usarlo per denominare escre-

---

differenze tra queste specie siano riposte e voglionsi cercare più profondamente che non nella differente proporzione dei principali costituenti questi tumori; quest'ultima differenza non è forse che accidentale. Le varie specie di cancro derivano più probabilmente da una assoluta differenza così nel loro modo di formazione, come nella diatesi che le produce.

scenze o produzioni fibrose e encondromatose, neuromatose, adipose, e per sino produzioni tubercolari. Queste vegetazioni non hanno caratteri che le accomuni, ma sono riunite insieme per un carattere negativo, quello di non essere cancerose. D'altronde il maggior numero di esse non può andar confuso col cancro, o ne va confuso soltanto temporariamente, e per coloro che non hanno i mezzi opportuni per instituire una diagnosi esatta. Per esempio, la produzione tubercolare del tentorio fu denominata cancerosa da quelli che l'hanno veduta soltanto ad occhio nudo: allorchè fu esaminata col microscopio, la si trovò consistere in una produzione, il cui giusto luogo in nosologia è assai distinto e assai remoto da quello del cancro. Per qual motivo pertanto la si vorrebbe denominare cancroide? Perchè l'ignoranza del primo che l'ha veduta debbe avere tanto valore che si debba denominare « cancroide, cancriforme » la produzione, per approssimarla a quella colla quale venne erroneamente scambiata? — In alcuni casi però l'epiteto cancroide può riuscire utile denominazione, nei casi cioè in cui anche la più accurata osservazione può lasciare in dubbio se la produzione sia cancerosa o no: in tali casi, collocando la produzione in un gruppo indeterminato e provvisorio si evita di assegnarle un posto che sarebbe prematuro l'attribuirle, e può essere erroneo. Questo è il senso, a nostro avviso, cauto e prudente col quale *Lebert* fece uso del vocabolo « cancroide ».

Veniamo ora ad esporre e ad esaminare in qual

modo il dott. *Bennett* ci ammaestri colle sue osservazioni a determinare, meglio che prima non si facesse — come conoscere il cancro prima e dopo la morte; — quale sia, secondo lui, la storia fisiologica e patologica del cancro; — e quale il suo trattamento più appropriato e migliore.

I.° *Ricognizione delle produzioni cancerose prima e dopo la morte.* — Il dottor *Bennett* osserva che i sintomi comuni, obbiettivi e subbiettivi, come sono i dolori lancinanti, la irregolarità di superficie, la durezza, la elasticità al tatto, la ulcerazione, il compatimento di parti circostanti, la cachessia costituzionale, e la recidiva della produzione dopo la escisione, sono sintomi non peculiari al cancro; mancando essi talvolta in tumori indubbiamente cancerosi, e osservandosi alcune volte in escrescenze epidermiche, fibrose o adipose, della più innocente natura. Per la qual cosa egli dichiara assolutamente necessario di istituire un accurato esame microscopico, in unione alle prove che possono venir somministrate dai sintomi e dalla maniera di decorrere dei singoli casi, prima che si possa ottenere una diagnosi corretta. Quali sono pertanto i caratteri microscopici delle produzioni cancerose per distinguerle dalle produzioni cancroidi? Questa indagine ne porta all' analisi di una gran parte dell' opera di *Bennett;* poichè codesto è per certo l'argomento che egli ha più ampiamente trattato.

La opinione di *Bennett* può essere espressa in poche parole: se un tumore presenta, tra gli altri ele-

menti, certe celle di aspetto definito, ed abbia in pari tempo sua sede in parti, le quali rendono impossibile che queste celle stesse siano epiteliali, epidermiche o celle di cartilagine, quel tumore sarà canceroso.

Le celle del cancro furono superiormente descritte in una delle osservazioni che abbiamo riportate. Ora riferiremo compendiato il ragguaglio dei loro caratteri esposto nella seconda parte dell' opera. Le celle di cancro variano nella forma, sono rotonde, ovali, caudate, cordate o fusiformi; hanno vario volume da 1/100 a 1/10 di millimetro; sono nucleate ad un solo, a due, a tre o anche più; generalmente hanno nucleoli; scolorate o con deposito melanico; crescono comunemente sopra un piano endogenico, e così spesso presentano i fenomeni di celle-genitrici, e contengono due o più generazioni di celle più giovani; talvolta crescono per divisione del nucleo, ma non mai per divisione della parete della cella,o per un dividersi in segmenti della cella madre. Le pareti delle celle disciolgonsi per l' acido acetico; i nuclei si corrugano, e i loro margini si rigonfiano. Le celle del cancro non convertonsi mai in fibre, esse diventano caudate, ossia mandan fuori prolungamenti acuti, ma la trasformazione non procede più oltre. Esse sono contenute in grande abbondanza entro il sugo bianco lattiginoso, che può essere spremuto fuori da molti tumori cancerosi, e sono circondate da una maggiore o minor copia di un fluido vischioso. Le celle

del cancro non possono essere distinte dalle celle giovani, plastiche, epiteliali, embrionali e di cartilagine.

La descrizione di *Bennett* è molto somigliante con quella della stessa struttura che hanno data *Lebert*, *Walshe* e *Hannover*. Le principali differenze sono: 1.° Che *Lebert* non sembra disposto ad ammettere che si possano confondere le celle di cancro con altre specie di celle; 2.° che *Walshe* stabilisce che l'acido acetico non scioglie la parete della cella del cancro, ma soltanto la rende trasparente, e che la si può ristaurare, adoperando una soluzione di ioduro di potassa; 3.° che il dottor *Bennett* sembra inclinato a porre in dubbio il modo exogeno di formazione delle celle di cancro, sebbene le comparativamente poche celle di scirro crescano principalmente in questo modo, giusta il dott. *Walshe*.

Non facendo calcolo, però, di queste differenze, e ritenuto che i caratteri delle celle cancerose siano nella sovra esposta descrizione dettagliati con verità, possiamo noi col mezzo di questi caratteri microscopici distinguere i tumori cancerosi dagli altri?

1.° Noi abbiamo già ricordato che alcune celle normali, come quelle d'epitelio e di cartilagine di recente formazione, sono così simili alle cancerose, che il dott. *Bennett* dice che non sempre si possono separare. Così, nell'osservazione ottava egli riferisce un caso di cancro della guancia: colla pressione esciva dal tumore un liquido lattiginoso contenente celle cancerose; e celle cancerose si trovarono pure

nei filamenti elastici, arricciati, ipertrofiati del derma, e nelle maglie di una fibrosa matrice situata sotto la cute. In questo caso il dott. *Bennett* dice:

« Le lamine epiteliche presentavano una notabile somiglianza ad alcune forme di celle cancerose. Io verrò in seguito a mostrare come le celle epidermiche ed epiteliche, dopo essere state immollate nell'acqua od in un leggiero fluido sieroso, possano somigliare esattamente, in ogni particolare essenziale, alle celle cancerose ».

E di più nella osservazione 49.ª si tratta di un tumore condromatoso dell'ischio e del pube, considerato da tutti quelli che lo videro come canceroso. Esso erasi parzialmente rammollito; la materia polposa rammollita conteneva celle rotonde angolari e caudate con nuclei e nucleoli. Queste celle erano simili nell'apparenza a celle cancerose, ma ne differivano per ciò che l'acido acetico le rendeva più opache anzichè più trasparenti.

Quando peraltro un tumore trovasi distante dalla cute, dalla membrana mucosa e dalla cartilagine, e nondimeno contiene « celle cancerose », il dottor *Bennett* le considera allora come assolutamente diagnostiche. 2.° Ammesso questo, sembra però sgraziatamente certo che un tumore possa essere veramente canceroso, che cioè possa essere connesso ad una peculiare infezione costituzionale, possa essere incurabile, e disposto a percorrere una certa serie di alterazioni, senza che si discopra sul suo tessuto nessuna distintiva cella cancerosa. Tralasciando di entrare nelle numerose discussioni elevate su que-

sto punto, possiamo riportare le parole del dottore *Walshe,* che sono senz'altro della massima autorità. Alla pag. 124 dell'articolo « Prodotti avventizii » della « Enciclopedia di anatomia e fisiologia », recentemente pubblicato, il dott. *Walshe* così scrive:

« Noi abbiamo veduto tumori i quali hanno distrutta la vita colla cacchessia della malattia cancerosa, e presentato chiaramente il progresso locale e gli apparenti caratteristici dell'encefaloide; tumori, i quali erano, nondimeno, composti *di celle non nucleate, non distinguibili da quelle della comune materia di essudazione* ».

E nella parte successiva dello stesso articolo (pagina 137), avanza la seguente serie di proposizioni:

1.° Celle genitrici, contenente in sè sub-celle con nuclei più oscuri, e questi a lor volta nucleoli chiari, sono eminentemente caratteristici di cancro; ma queste celle sono rare nello scirro, e può esso anche mancarne interamente; come altresì può mancarne, in alcune fasi del suo aumento, l'encefaloide. 2.° Le celle caudate informemente pajono segni di cancro, ma possono mancare nell'encefaloide e sono rarissime nello scirro o nello colloide. 3.° Un tumore può presentare all'occhio nudo i caratteri dell'encefaloide, essere sede di emorragia interstiziale, intaccare le glandole linfatiche in comunicazione, *percorrere sotto tutti i riguardi il corso del cancro,* e ciò nullostante non contenere altre celle se non di tale qualità non distinguibili nello stato presente della scienza dalle celle di essudazione. 4.° E di più nel mentre che un tumore maligno primario contiene queste sole celle, le glandole linfatiche affette secondariamente, possono contenere celle nucleate composte, sferiche e informemente caudate. 5.° La vera cella fusiforme è una produzione avventizia, quando si presenta nel cancro, e non ha significazione diagnostica ».

Noi opiniamo che il dott. *Bennett* non sarebbe per convenire in alcune di queste proposizioni; imperocchè, nel suo riassunto dell'anatomia generale dello scirro (p. 172) non solo non accenna che le « celle cancerose » possano mancare, ma le dichiara come un assoluto segno diagnostico fra lo scirro ed i tumori fibrosi. *Lebert*, come lo si poteva presumere dalla decisa opinione da lui accolta della facilità con cui si possa distinguere l'elemento proprio di ciascuna produzione morbosa, non ammette che la vera cella cancerosa possa mai mancare. « Il principale elemento del cancro, » scrive egli, « il suo proprio globulo, si trova in tutte le formazioni veramente cancerose ».

Hannover descrive la vera cella cancerosa come invariabilmente presente nello scirro e nell'encefaloma; ma nei pochi esempi di cancro colloide da lui esaminati, non la potè trovare. *Bennett*, all'incontro, trovò la cella cancerosa presente in gran copia in tre de' suoi quattro casi di colloide; nel quarto caso non v'erano che nuclei isolati sparsi per un blastema minutamente moleculare. In quello che egli chiama « tessuto colloide, » la materia interstiziale è senza tessitura.

Bisogna peraltro ammettere che a malgrado dell'evidenza noi dobbiamo dubitare assai se la questione della presenza invariabile delle così dette celle cancerose nelle vere produzioni cancerose possa ancora decidersi.

Se la vera cella cancerosa non è un segno dia-

gnostico universale, niuno degli altri elementi microscopici del cancro può per ora considerarsi come ad essa peculiare. Questi elementi sono — 1.° Una matrice fibrosa, la quale in molti casi è, non meno delle celle cancerose, una nuova formazione e non una mera alterazione di tessuto areolare o fibroso previamente esistente; essa sembra prodotta da uno sviluppo cellare o nucleare, e nella colloide, specialmente o unicamente da precipitazione o coagulazione filamentosa di un principio albuminoso, originariamente disciolto in un blastema fluido (*Bennett*, pagina 124). 2.° Celle fibro-plastiche e fusiformi che gradatamente si trasformano in fibre, che non sono peculiari al cancro, ma che al contrario avvengono per sè stesse, costituiscono una specie particolare di tumore che *Lebert* separa sotto il nome di fibro-plastiche, dalle semplici formazioni fibrose, non meno che dalle carcinomatose. 3.° Celle granulari composte, del genere ordinario, indubitatamente prodotte insieme e da immediata formazione da un blastema, e da degenerazione di celle cancerose. 4.° Adipe, il quale esiste in tale quantità in molti esemplari di cancro, che *Walshe* lo considera « quasi essenziale », ed il quale presta talvolta ad una formazione cancerosa un'esterna somiglianza col tubercolo. 5.° Molecole e granuli. 6.° Nuclei nudi o originati con formazione primaria, o posti in libertà da liquefacimento e disintegrazione delle pareti delle celle. 7.° Peculiari corpi diafani che si veggono anche nel

liquido spremuto dai polmoni nel catarro, e che sono probabilmente nuclei dilatati da imbibimento di liquido. 8.° Un fluido viscoso e probabilmente albuminoso. 9.° Pus e corpuscoli pioidi. 10.° Cristalli di colesterina, di margarina e di fosfato triplo. 11.° Altri elementi accidentali e contingenti possono pure trovarsi nelle formazioni cancerose, come materia melanica, sangue, osteofiti, epifiti ed epizoi, ecc.

Da nessuno di questi elementi separatamente, come da nessuna combinazione od unione dei medesimi con altri tessuti, come con vasi sanguigni, possiamo noi sperare di ottenere un infallibile carattere microscopico del cancro. Essi tutti si presentano anche in altri tumori che decisamente non sono di natura cancerosa, ed il loro ordinamento nei tumori cancerosi non presenta alcuna costante peculiarità.

Sebbene noi siamo quindi d'opinione che non vi sia un carattere microscopico costante, il quale possa servire quale indizio di cancro *in tutti i casi*, siamo inclinati a concordare col dottor *Bennett* nell'attribuire il massimo valore diagnostico alle « celle cancerose » quando sono presenti e scevre da ambiguità. Esse esistevano anche nella maggior parte delle vere formazioni cancerose; pure non possiamo ammettere che la loro mancanza escluda l'idea del cancro. Noi conveniamo altresì interamente nelle giudiziose osservazioni fatte dal dott. *Bennett*, relativamente all'uso del microscopio come mezzo di diagnosi durante la vita, prima che il tumore sia

stato influenzato da rimedii, e quando esistono dubbii sulla sua reale natura. Il dott. *Küss*, di Strasburgo, ha proposto di estrarre con un ago esploratorio una porzione di un tumore dubbio, e di esaminare col microscopio la porzione così recisa. Nel caso di ulceri aperte, una investigazione microscopica della secrezione potrà sovente chiarire tutti i dubbii rapporto alla natura cancerosa della malattia, collo scoprire immediatamente le caratteristiche celle cancerose.

Ammettendo che l'esame microscopico di un tumore sia di gran peso nella maggiorità dei casi, ma che possa pure in alcuni casi essere insufficiente a decidere la questione sulla sua natura, sonovi eziandio altre circostanze le quali, indipendentemente dai più ordinarii sintomi del cancro, possono servire come indicazioni diagnostiche?

Il dott. *Walshe* (l. c.) attribuisce molta importanza al fatto del succo albuginoso latteo tratto colla pressione da un tumore canceroso; e dice esser questo in ultima analisi l'unico carattere meno soggetto ad ingannarci. Talvolta, peraltro, può avvenire che non si possa spremerne umore alcuno; nella trentesimaquinta osservazione del dottor *Bennett*, un tumore canceroso della bocca non forniva fluido alcuno sotto la pressione, quantunque se ne potessero avere colla confricazione molte vere celle cancerose. Ed in alcuni casi, l'encondroma dà pure colla pressione un succo latteo.

Un altro carattere mediante il quale si è creduto

di poter distinguere il cancro da tutte le altre formazioni, è la sua proprietà d'infiltrare i tessuti entro cui si giace. Esso estende le sue irradiazioni in tutte le direzioni, ed in alcuni casi, come nel fegato, produce una trasformazione del tessuto adjacente in materia carcinomatosa. Questo carattere, come osserva il dott. *Walshe*, non ha clinicamente valore alcuno, poichè il cancro non è necessariamente infiltrato, ma è spesso ricisamente circoscritto, o anche in qualche rarissimo caso, cistico; e quando pure sia infiltrato, ciò non può riconoscersi durante la vita; ma nosologicamente, è questo un caratteristico di somma significazione. Il dott. *Bennett* segue il dott. *Walshe* nell'attribuire grande importanza a questa peculiarità. Ciò nullameno può ancora sorgere il dubbio se questa proprietà d'infiltrazione sia limitata alle formazioni cancerose, e se non appartenga ai tumori fibrosi. Il dott. *Walshe* nel fare allusione ai casi riportati di tumori fibrosi infiltrati, insinua che furono scambiate per infiltrazioni fibrose delle infiltrazioni con materia di essudazione comune (l. c., pag. 124). Noi peraltro siamo venuti a cognizione d'un caso di un tumore la cui natura fibrosa erasi accuratamente determinata, e che aveva infiltrato, come il cancro, nelle parti adjacenti.

Si è altresì sostenuto che il riprodursi dopo l'estirpazione sia una peculiarità delle formazioni cancerose; ed esiste poco dubbio che vi sia un'assai maggiore suscettibilità a riprodursi che nel caso di prodotti di natura semplice. Ma le osservazioni del

dott. *Bennett* aggiungono nuovo appoggio all'opinione che va da qualche anno guadagnando terreno, che le formazioni fibrose, epiteliche, ed eziandio adipose ed encondromatose, ritornino dopo la recisione molto più frequentemente di quello che si creda generalmente.

Così nell'osservazione (la 7.ª) che citammo più sopra il tumore del seno era di semplice natura fibrosa. E nell'appendice troviamo che ciò nullaostante sei mesi dopo l'operazione comparve un tumore in altra situazione, ed in altra ancora un terzo che si formò tosto dopo. Il paziente andò infine a morire di questa malattia. Una porzione del secondo tumore recisa dopo la morte non presentò altro che un blastema senza struttura, consistente di minuta materia molecolare e di masse granulari composte. Nella 48.ª osservazione era stato amputato un braccio all'articolazione della spalla per encondroma. Sei mesi dopo si formò un tumore nel luogo della ferita, e nella lettera del chirurgo che riferì la riproduzione al dott. *Bennett*, esso è descritto come « evidentemente di natura maligna ». Il paziente morì poi per irritazione costituzionale. Così pure nell'osservazione 34.ª, venne reciso dalla coscia un semplice tumore fibroso, che erasi formato al luogo di un'antica ferita cagionata dall'estirpazione di un tumore apparentemente simile fatta sette anni prima. Nella 38.ª osservazione sir *Astley Cooper* aveva reciso un tumore ad un marinajo. Due anni dopo si formò nella medesima situazione un nodulo; questo segui-

tò a crescere gradatamente per ventun anni quando fu tagliato dal dott. *Syme;* nell'esame non se ne potè determinare esattamente la natura, ma non conteneva celle cancerose, e dai suoi caratteri generali il dott. *Bennett* lo tenne per fibroso. E nella 56.ª osservazione abbiamo la descrizione di un tumore cancroide epitelico della lingua; la descrizione è minutissima, e il dott. *Bennett* specialmente distingue questa formazione « quantunque lungamente chiamata dai chirurghi cancerosa »,dal vero cancro. Siamo informati che il paziente in questo caso era il dott. *R.*: e se con ciò intendesi riferire ad un conosciutissimo e molto valente fisiologo inglese, gli è sventuratamente troppo certo che il processo morboso è ricominciato. È invero della massima importanza l'avvertire il fatto, che per quanto innocenti si possano teoricamente risguardare queste produzioni epiteliche, pure esse infettano le parti circonvicine, producono una peculiare cachessia, portano ad ulcerazioni maligne, ritornano dopo l'estirpazione, ed uccidono come le produzioni considerate veramente cancerose.

Il ritorno dei tumori di questo genere è affatto curioso e meritevole di più attento studio. Il dottor *Walshe* spiega questi casi in un modo semplicissimo, col supporre che l'ablazione del tumore non sia stata compita perfettamente, e che le particelle rimaste indietro liberate coll'operazione dalla pressione, ricomincino immediatamente a riformare il tumore, operando quali forze attrattive di nuovo

blastema convertibile in celle. « Questo modo di riproduzione, come erroneamente lo si chiama », dice egli, « avviene nei tumori di tutti i generi, nei cancerosi, sarcomatosi, fibrosi, adiposi, encondromatosi, erettili, ecc. ». Se questa spiegazione non può ammettersi in ogni caso particolare, dobbiamo allora ricercarla nello stato cachetico generale del sistema, in cui un sangue corrotto deposita necessariamente blastema, ed in qualche stato peculiare dei vasi delle parti che prepara il suo ritorno ivi piuttosto che altrove. Il dott. *Bennett* sembra concordare col dott. *Walshe* nell' attribuire il ritorno locale del cancro ad una imperfetta ablazione del tumore.

« Una piccola quantità di celle cancerose può agevolmente infiltrarsi nei tessuti, senza essere percettibile ad occhio nudo, e vi è ogni fondamento a credere che una negligenza di questa regola abbia portato il suo ritorno. La stessa precauzione relativamente ad una perfetta eradicazione è parimenti necessaria in alcuni tumori cancroidi, specialmente negli epitelici e nei fibrosi, la cui eventuale riproduzione è una circostanza che più d'ogni altro ha condotto a confonderli colla cancrena » (pag. 246).

Confessiamo che la prima spiegazione non ci soddisfa pienamente; perchè se qualche porzione di un tumore fibroso viene lasciata addietro, non comincia essa immantinente a crescere, in luogo di rimanere apparentemente tranquilla, generalmente per cinque o sei mesi, e talvolta per anni? E di più, perchè nel caso di un tumore presumibilmente fibroso,

come nella 7.ª osservazione del dott. *Bennett*, vi poteva essere una « riproduzione lontana », una comparsa di tumori in parti, nelle quali non vi fu prima un « centro germinante » da cui la produzione avventizia potesse scaturire? La riproduzione distante si osserva frequentemente nei casi di cancro, e qualche volta in casi di tumori fibrosi. Evvi qualche differenza nelle cause del ritorno in questi due casi? Per verità, se tanto i tumori cancerosi quanto alcuni dei « cancroidi » ritornano nella parte da cui sono stati recisi, per esservi stata lasciata qualche porzione della loro sostanza, non si può fra essi stabilire una distinzione pel mero fatto che uno ritorni più frequentemente dell' altro.

Un' altra opinione generale è che l' infezione dei tessuti adjacenti o connessi, come, per esempio, delle glandole linfatiche, sia una conseguenza dei soli tumori carcinomatosi, e che l'evenienza di questo sia una prova, se altre ne mancano, della natura cancerosa di qualunque tumore dubbioso. Pure non v' ha dubbio che i tumori epitelici hanno una tendenza ad infettare le glandole vicine. Per esempio, nella osservazione 55.ª vi è la relazione della dissezione del « cancro di uno spazzacammino », cioè di un tumore epidermico dello scroto; in questo caso le glandole inguinali erano ingrossate, ed alcune di esse furono recise. Nella 56.ª osservazione s' erano ingrossate le glandole submascellari in seguito ad ulcerazione di un tumore epitelico sul lato della lingua; nell' esame le glandole si trovarono

piene di una materia caseosa composta di masse di particelle epiteliche, miste a granuli e cristalli di colesterina. Il dott. *Bennett* osserva che « il risultato di questo esame non può lasciar dubbio che le glandole linfatiche sono soggette alla stessa forma epitelica di prodotti morbosi che affettano la lingua, la faccia o altri simili tessuti. Credo peraltro mio debito dire che il dott. *Paget* ha primieramente verificato questo fatto ». Qui può forse sorgere dubbio se l'epiteto di epiteliche si possa applicare a celle che si manifestano in situazioni dove non v' è traccia di epidermide o di epitelio normale.

È provato quindi che non vi è carattere microscopico assolutamente indicativo di cancro, quantunque l' occorrenza di « forme cellulari » diagnostiche sia frequentissima; che un tumore canceroso non si può in tutti i casi distinguere nè per la spremitura dell' umore latteo, nè per la tendenza a riprodursi dopo la recisione, e ad infettare le parti adjacenti, nè per la proprietà di infiltrarsi. Non vi sono, insomma, caratteri fisici i quali siano assolutamente essenziali.

Sonovi, adunque, caratteri chimici, o distinzioni negli estremi composti fra questi tumori ed altri che non siano cancerosi? Il dott. *Bennett* non aggiunge gran che alle nostre cognizioni chimiche. Egli opina che l' albumina costituisca la base dell' elemento fibroso che si trova nei tessuti morbosi: ed in fatto sembra inclinato ad adottare l' ipotesi di *Zimmermann*, che la fibrina sia un prodotto della metamorfosi del tessuto, ed in conseguenza una escrezione

anzicchè il plastico costituente organizzabile del sangue, come generalmente venne considerata. Questa opinione venne, prima che dello *Zimmermann*, promulgata e difesa in Italia dal dott. *Cesare Beltrami* nel suo lavoro sulla genesi della cotenna del sangue, inserito in questi Annali. Che noi sappiamo, finora non venne fatta debita ragione dei lavori di questi due ematologi, e collocata la loro dottrina sulla formazione della fibrina del sangue al posto che le si compete nella storia della moderna ematologia.

Il dott. *Bennett* epiloga tutta la nostra presente scienza chimica delle formazioni eterologhe nella proposizione che non solo non vi sono mezzi di separare chimicamente le diverse forme dei tumori cancerosi l' uno dall' altro, ma che è eziandio impossibile distinguere questi da altri prodotti morbosi, e perfino dai tessuti sani.

Quantunque appaja perciò difficile definire « il cancro », — tirare una assoluta linea di demarcazione fra esso ed altri prodotti, — pure è probabile che il gruppo delle malattie cancerose sia un gruppo peculiare e caratteristico; ed è certo che nella sua forma sviluppata e meglio determinata, un tumore canceroso possiede proprietà che non permettono di confonderlo un istante con altro prodotto morboso. Ma, per illustrare questo, passiamo al secondo capo del nostro soggetto e vediamo quali addizioni siansi fatte dal dott. *Bennett* alla « Storia fisiologica e patologica del cancro ».

(*Sarà continuato*).

Storia di un caso di volvolo perfettamente guarito mercè la gastrotomia; del dott. F. Reali, *chirurgo condotto in Orvieto.*

Luigi Stella, campagnuolo, uomo fatto senza risparmio di altezza, spalleggiato da vigoroso costituto, di capello e pelo biondo-rossigno, di pelle piuttosto bianca e delicata, toccava l'anno trentesimo secondo di sua sempre florida età, quando, pregressa un'abbondante mangiata di ciriegie senza gettarne i nocciuoli, fu poi nel mattino veniente obbligato a torre forti pesi da terra per caricarne un somaro destinatone al trasporto. Era desso da lunga pezza affetto da destra ernia inguinale, che soleva contenere con cinto da lui stesso costrutto di una maniera la più rozza che mai si possa immaginare. Sotto la violenza degli sforzi impertanto ei sentiva nell' interno ed a destra del basso ventre un dolore vivamente piccante, e da quell' atto in là forti dolori addominali lo assalivano senza tregua, che muovevano dal punto di prima invasione, poca latitudine occupando del destro lato ventrale. La pietà de' suoi padroni porgevagli a rinfranco e sollievo non so qual mistura; ma il vomito in vece subentrava, incalzavano i tormenti, e si appresero al più sano partito d' inviarlo allo spedale di Orvieto, ove ebbe ricetto la mattina stessa dell' invasione del fiero malore 5 giugno 1847. Quivi giunto venne dal medico di turno visitato, il quale rilevando fenomeni che pur potevano confondersi con quei di ernia incarcerata, ordinava che dal chirurgo venisse esaminato, come in effetto si fece. Fu in questo esame appunto a poca distanza dall' invasione del morbo, risultato negativo quanto all' incarceramento dell'ernia inguinale, che io m'avvidi dell' esistenza di un tumore della grandezza all' incirca d' un uovo di gallina, piuttosto resistente, situato poco

lungi della fossa iliaca destra. Non era malagevole il ravvisarlo a ventre pochissimo tumefatto, come in seguito riusciva difficile, e lecito mi parve fin d' allora il sospettare di volvolo, avuto riguardo all' ernia che ne predispone, alla località destra del tumore ove di preferenza suole accadere un interno strozzamento intestinale, alle cause pregresse, che sogliono esserne le più frequenti, all' invasione istantanea dopo l' azione di quelle, alla fenomenologia infine che ne rendeva più grave il sospetto. Se non che in quelle prime ore, il patognonomico segno del vomito stercoraceo colla total chiusura dell'alveo non era ancora tempo a mostrarsi, e avanti cotesta comparsa che ne avrebbe messo fuori di dubbio, voleva ragione, e prudenza che venisse l' infermo assoggettato a razionale metodo terapeutico sotto il quale qualche guarigione si è andata vedendo, innanzi di far parola di gastrotomia, che, come mezzo pericoloso e martorizzante, doveva sempre ultimo lasciarsi. La mattina stessa del 5 giugno, non tanto pressato da corporale bisogno si apprestava a soddisfarlo l' infermo, quanto per non mancare all' abitudine di rendere le feci poco dopo levato, ma in quella mattina contro l' usato n' ebbe meschinissima dose con molta difficoltà, che già i nocciuoli di cerase qualche disturbo sembra avessero recato alla libera circolazione di esse nel tubo intestinale. E quasichè si facesse egli a ridarguire i dolori dalla non completa evacuazione, vi si riprovava dopo la comparsa di quelli, e non n' ebbe con grave sforzo e con lunga seduta che un' assai più scarsa copia della precedente. Questa si fu l' ultima, poichè niuna ebbe mai più a vedersi fecale materia per l' ano ad onta dei replicatissimi clisteri anche potentemente composti. E senza che io stia qui a narrare con minuto dettaglio la cura durante i cinque giorni di medico trattamento tenuta, dirò in compendio essere stati i mezzi che l'arte sugge-

risce con tutta saviezza e medico criterio messi a profitto, ma pur troppo non era dell'arte medica, come lo si poteva sperare dalla chirurgia il trionfarne. E se a nessuno de' medici è ignoto il trattamento terapeutico della malattia in discorso, non lo è loro altrimenti la sua fenomenologia, onde a risparmio di tedio mi veggo pure autorizzato ad accennare soltanto i principali sintomi che furono in complesso i consueti, senza straordinarietà, e talmente chiari da non lasciare dubbio alcuno per un' infallibile diagnosi di volvolo. Cosa mancava di fatti per caratterizzare talmente il morbo a che si accenna? La costipazione completa? Dissi già che la mattina stessa dell' invasione, l' alvo si aprì per l' ultima volta a meschinissimo risultato coi più gravi sforzi. La sortita per la bocca delle materie fecali? Sullo scadere del quarto giorno di malattia non mancarono, e proseguivano. La frequenza di vomiturazioni mucoso-blliose, di lombrici in grande copia, e delle sozzurre de' crassi intestini, l' atrocità dei dolori addominali obbliganti a smaniosi contorcimenti, i freddi ed i viscidi sudori, il raffreddamento delle inferiori estremità, le vampe di calore alle superiorità del tronco alternate da gelide sensazioni, la fisonomia abbattuta, il singhiozzo, e le forze prostrate, i polsi piccoli, filiformi compivano il più spaventoso quadro.

Davasi quindi evasione al progetto della gastrotomia, e nelle ore pomeridiane pertanto del 9 giugno coll' assistenza dei dottori *Bianchini* e *Ceccarelli*, ed alla presenza di non pochi altri individui, si diè luogo all' eterizzazione col mezzo della spugna. S' impiegava circa un quarto d' ora quasi senza frutto, finalmente la completa anestesia si produce: il paziente non più sente un gagliardissimo pizzico e si passa all' apertura del ventre. Ma sul primo infiggere dello scalpello l' operando si scosse e diè segno di sentire, si proseguì l' eterizza-

zione invano, e si riprese il taglio senza ulteriore interruzione.

Veniamo alla parte più interessante della storia, all' atto operatorio. Io scelsi la linea alba per punto d'incisione, come quella parte che sotto la sua divisione espone meno il paziente e l' operatore.

Posto adunque in perfetta supinazione il paziente colle estremità addominali distese, ad un pollice al di sotto dell' ombelico incominciai la divisione degli integumenti che protrassi verso il pube per quattro di essi in lunghezza; s' incisero quindi li strati aponeurotici sottoposti, e si adoperò tutta la cautela necessaria nell' apertura del peritoneo, e nella continuazione del suo taglio, onde schivare l' offesa dei sottostanti intestini enormemente distesi, e compiuto appena si obbligarono gli arti inferiori alla flessione verso il ventre. Sollevato quindi l' omento, e ridotti a sinistra gl' intestini, introdussi due dita alla direzione della fossa iliaca destra a ricerca del tumore, ma la di loro lunghezza non era sufficiente a raggiungerlo, di modo che si frugava invano: veduta allora la necessità di introdurre la mano, dopo brevi indagini se ne venne al possesso: due assistenti erano destinati a ritenere in cavità gli intestini, ma tra di loro poca attitudine, tra che cotesti visceri estremamente rigonfi non lasciavano spazio alla mano per agire, all' occhio per osservare liberamente; tra le forti pressure dell' infermo, non se ne potè schivare l' abbondante sortita, la quale non riuscì di poco imbarazzo al compimento dell' opera. E volle combinazione che in vicinanza del cieco sull' estremità dell' ileo intestino il rinvenuto tumore si fosse formato; la brevità di esso cieco intestino e le sue aderenze peritoneali non permettevano di condurlo almeno a livello della praticata apertura, onde stentatamente nelle vicinanze di essa poteva quello essere dominato. E non a torto io porrei il nome di nodo

di Salomone al tumore in discorso, poichè un' ansa dell' ileo lunga un pollice e mezzo, entro la quale annidava un nocciolo di cerasa, era quella che rimaneva strozzata, ed altro pezzo d' intestino circolarmente ne formava stringimento talmente gagliardo che tirando nei capi or sull' uno or sull' altro non v' era modo di sciorlo, sebbene il pezzo strozzato rimanesse più flacido e ristretto. Io mi provai in diverse maniere per riuscirvi, ma invano sempre, e confesso con tutta ingenuità che per quanto nel momento o dopo l' operazione io vi ponessi mente e riflessione e vi facessi prove nel cadavere, mi resto ancora nel buio sulla sua formazione (1): che fare in cotesto frangente? Mi appigliai al partito delle incisioni sull' anello intestinale, ne commisi tre, chè due non furono bastanti, e n' ebbi così la scioltura. Era però tale la forza costrittiva, e quindi tanta la tensione in cui l' intestino strozzatore si trovava, che le incisioni su lui commesse, per quanto brevissime e leggiere, risultarono una sola in senso longitudinale dell' estensione almeno di dieci linee del pollice parigino. Codesta circostanza spiega a ribocco come tornava impossibile la soluzione del misterioso nodo senza impegnarlo col ferro; nè s' incideva senza cautela, o senza cognizione della natura de' tessuti, chè di dovere percuotere l' intestino era cosa troppo manifesta, ed appunto avanti di ricorrere ad un mezzo così disperato facevami prova con altri innocenti ponendolo persino a cimento coll' introdurre stentatamente una tenta fra l' ansa e l' anello, il quale anzichè prestarsi al dilatamento, pareva stringesse vie più. Mi

---

(1) Torna spesso difficile lo spiegare il modo di strangolamento. Il caso osservato dal *Moscati*, e riferito nelle « Memorie dell'Accademia di chirurgia » (Tomo I, edizione in 12) è di questa categoria.

sorprendeva in vero la vista di sì ampia ferita intestinale, ma sopra tutto mi rattristava cotesta funestissima complicazione quale scoglio assoluto al buon esito della cura. Si dette luogo quindi alla enterorafia e si passò alla riposizione della matassa intestinale fuori uscita che importò più tempo di quanto fin qui se n'era impiegato, stante le pressure continue involontarie del paziente, il ben grande sventramento di quei visceri e la loro enorme gonfiezza paragonabile appunto a quella che suole risultare dalla forzata introduzione dell' aria. Furono impiegati undici minuti. Nè qui si arresta il mal trattamento degli intestini. Un colore nerastro li dominava generalmente al di sopra della loro strozzatura a causa di forte sanguigna injezione. Effettuandosi infine la discorsa restituzione in cavità si pose mano alla cucitura della parete abdominale adottando l' attortigliata moderatamente stretta, ed affrancandola poi con fascia unitiva. Si ricondusse in letto il sofferente in orizzontale posizione; s' incominciarono bagnoli di acqua alla temperatura della camera, quindi del pozzo, ed infine si passò all' uso del gelo sul ventre continuamente per parecchi giorni onde tenere nei limiti la successiva infiammazione intestinale e del peritoneo. Al medesimo scopo si propinava il gelo anche per bocca alternato con fredde bevande mucilaginose. L' olio di ricino e di mandorle dolci con acqua coobata di lauro-ceraso in emulsione di gomma arabica, ed una dieta rigorosissima aprirono la cura successiva all' operazione, dopo la quale immediatamente svanirono i dolori, il vomito, il singhiozzo. Al primo giorno grande rumore aereo intestinale, ed esplosione dei gaz ivi racchiusi. Nel secondo riordinazione delle funzioni alvine proseguitesi sempre egregiamente con abbondante emissione di nocciuoli di cerase nei primi tempi: sopravvenuta la febbre si eseguì una sanguigna; in mattino alla terza giornata forte depressione di

forze, polsi piccolissimi, fisonomia assai abbattuta, dubbio di esito cancrenoso; ricomparsa della febbre nella sera, dubbio svanito: la febbre continuò per dieci giorni con segni di forte peritonitide, ed enteritide. Al quarto dì tolto l'apparecchio si scontrò la ferita in scarsa suppurazione con incipiente mortificazione dei bordi, si tolsero via gli aghi: manifestazione quindi di rossore erisipelaceo sul fianco destro aspramente malmenato per l'innanzi ed a lungo sino a divenire livida ed escoriata la cute dallo scabroso cinto di cui si fece parola: cotesto rossore con gonfiore e vivo dolore si andò propagando all'inguine ed alle coste spurie corrispondenti: si trattava con bagnoli d'acqua di fior di sambuco e coobata di lauro-ceraso: comparsa nella ferita di fetide materie color cioccolata, di egual natura risultavano anco quelle provenienti dalle varie aperture commesse nei diversi luoghi testè indicati, se non che scarsissima n'era la copia nella ferita, vastissima la quantità proveniente dai praticati tagli, in ciascuna delle quattro medicature ben ripartite nel giro d'ogni ventiquattro ore: sortita di abbondanti pezzi di cellulare mortificata dal fianco e di una membrana, che sembrava peritoneo: indi dalla ferita alla linea alba venne estratto un altro pezzo anche più grande, che per lo venire immediatamente dalla faccia posteriore della parete abdominale da verso il destro ileo, per la sua levigatezza ben rimarcabile in un gran tratto, per l'esclusione dell'omento, di che non aveva caratteri, e del dispogliamento dell'intestino, poichè grande quella da fornire la circonferenza di due budelli ed erta per due pareti di essi, non dava più luogo a dubbio, che come cotesto era un pezzo di peritoneo distaccatosi mercè un processo suppurativo e cancrenoso, lo fosse stato l'altro egualmente. Si concedeva intanto all'infermo quel miglior trattamento dietetico reclamato dalla natura e luogo di malattia, e modellato alle circo-

stanze, che venne vieppiù rafforzato durante le vistosissime perdite marciose le quali incominciarono a diminuire, e migliorare di carattere al ventesimo giorno dall'operazione. La febbre cessata come si disse al decimo giorno, bello l'aspetto, normali le funzioni viscerali, diminuita la sete, la lingua ripulita, il tutto insomma riprometteva bene per non avere altro timore che dal lato delle gravissime suppurazioni, le quali avrebbero potuto arrecare la perdita dell'infermo per consunzione. Si adattavano alimentazione e trattamento terapeutico a norma dei reclamati bisogni, e già tutto marciava con bel passo verso la guarigione, quando alla venticinquesima giornata si appalesava un tumore doloroso all' ipocondrio destro. Si dette luogo ad una applicazione di mignatte, e se n' ebbe qualche miglioramento: quindi materie fecali tinte in giallo, e le marciose della ferita accresciutesi, giallastre anche quelle; dubbio di metastasi, e di una perfetta chiusura della ferita intestinale: il tumore non scompariva del tutto, frizioni mercuriali, e dopo pochi giorni sua completa abolizione; in seguito materie più leggiermente colorate, sospensione quindi del coloramento anche per lunghi tratti, e lorchè il giallo raramente ricompariva era in un sol punto verso il centro della piaga resasi grande anche al di là di due pollici tra per la contrazione muscolare, e tra per l' avvenuta mortificazione dei bordi specialmente del destro da dove venne tratto il pezzo di peritoneo sovra discorso. Al 34 giorno scomparso ogni pericolo di vita, e tutto ripromettendo salvamento della vittima, io ne affidava la custodia al medico-chirurgo signor dottor *Alessandro Faccini,* destinato a rappresentarmi nei due mesi e mezzo di mia assenza da Orvieto. Quanto ad esso raccomandassi, all' infermo, ed agli addetti alla sua custodia, premura e vigilanza diretta soprappiù ad impedire un disordine nel vitto,

come unicamente capace di uccidere lo Stella divorato dalla fame, e mangiatore di natura, è ben facile il concepirlo per il vivo interessamento che ogni operatore sente per l'operato: ebbi a dolermi però che le premure mie sortissero tutt' altro effetto: chi incolparne non saprei oltre l'operato, il quale per una mangiata di pane asciutto e di pomi cotti in un giorno ebbe a soffrire violentissima colica, che ne tenne in forse per alcuni giorni la vita. Io mi tornava poi a riprendere la cura, ed allora fu che asportando i bordi callosi della piaga, e distaccatine li tegumenti li obbligava a ravvicinarsi con lunghe liste di cerotto, dopo la quale fattura non tardò guari a cicatrizzarsi, sullo scadere del quarto mese e mezzo. La natura della malattia e la lunga giacitura in letto dello Stella furono circostanze favorevoli anche per la guarigione radicale dell' ernia inguinale; si appose al ventre un bustino semplice a permanenza atto a sostenere la parete abdominale, ed a formare medesimamente un obice alla penetrazione del rigido in quei visceri che tanto ebbero a soffrire e prima e dopo l'operazione.

Quanti e quali gravi incidenti concorressero in cotesta operazione a renderne disperato l'esito, ognuno di leggieri lo scorge, e forse, or volge un anno e più, nessun saprebbe persuadersi che lo Stella, toccata in prima la pietra della sepoltura, apertaglisi quindi per racchiuderlo, trovisi già risorto a novella vita, vigoroso, ben nodrito, forte, sanissimo ed atto come in avanti a sostenere le non lievi fatiche dell' agricoltore senza potersi alimentare che di quei cibi soliti offrirsi alla mensa dei villani con perfette digestioni e regolarissime funzioni viscerali. (*Giorn. dell'Accad. med.-ch. di Torino*, 30 *giugno* 1849).

Mémoires de l'Académie, etc. — *Memorie dell'Accademia R. di medicina (di Parigi). Tomo XIII. — Parigi, 1847. Un Vol. di pag. 727 in-4.° con tavole. (Seguito dell' Estratto interrotto a pagina 631 del Volume precedente).*

Idartrosi scapulo-omerale trattata mercè la injezione iodata; nota ed osservazione per servire alla patologia ed alla terapia di questa malattia; del dottor Giulio Roux.

Questa Memoria comprende alcune considerazioni pratiche sulla idartrosi in generale, ed altre sulla scapulo-omerale in particolare.

La storia patologica della idartrosi in generale, sembra all'Autore essere stata scritta soltanto dietro i caratteri proprii della idropisia delle articolazioni ginglimoidali e condiloidi, senza che siansi fra essi compresi i caratteri proprii delle raccolte sierose delle articolazioni orbiculari, ossia enartrodiali. Molti Autori infatti hanno preso per tipo la idartrosi del ginocchio, e non hanno tenuta parola di quelle della spalla e dell'anca. Le idropisie delle articolazioni orbiculari hanno caratteri affatto speciali, come sarebbero: l'allungamento soventi considerabile delle espansioni extra-capsulari che le sinoviali mandano sui tendini dei muscoli per favorirne lo scorrimento; la distensione de' muscoli che le cuoprono; la flaccidità di essi dopo la evacuazione del liquido articolare; in amendue i casi l'azione di essi sulle leve ossee, e quindi sulla direzione degli arti; finalmente la loro incapacità a contraersi in modo compiuto e regolare. Da una comparazione tra questi caratteri e quelli proprii delle idartrosi di altre articolazioni, risulta chiara la differenza. I fatti poi coi quali l'Autore

soccorre queste sue considerazioni lo portano a cavare i seguenti risultamenti: 1.° Che nelle idartrosi orbiculari il liquido versato non distende soltanto la sierosa articolare ad esse appartenente, ma eziandio le sue espansioni extra-capsulari; 2.° che nella idrartrosi coxo-femorale la fluttuazione si sentirà dapprincipio nell'interno dell'articolazione, non che all'esterno di essa, nonostante lo spessore delle parti molli; 3.° che la idropisia può affettare isolatamente le espansioni delle sinoviali; 4.° che nelle idartrosi orbiculari massimamente, i muscoli provano alterazioni dalle quali possono dipendere in parte almeno l'allungamento delle espansioni extracapsulari, la direzione che prendono i muscoli, la difficoltà ed anche l'impossibilità dei movimenti.

Tutti i mezzi raccomandati contro questa malattia, consistono nei salassi generali e locali, nelle ventose, nei sudoriferi, bagni e cauterii, ecc.: questo almeno si osserva giornalmente contro le idartrosi acute, non che nelle croniche. In questi ultimi tempi venner raccomandate le incisioni sottocutanee, non che l'injezione di un liquido nelle articolazioni ammalate.

Veniamo ora alla osservazione, la quale aggiugne un fatto di più ai buoni risultati della injezione iodata. Si tratta di un uomo di 47 anni, di temperamento sanguigno, ben costituito, il quale non aveva mai provato fuorchè raffreddore. Al mese di settembre del 1843 venne preso da dolore al carpo sinistro, seguito da tumidezza e da impossibilità di adoperare la mano. Espose la mano ammalata ai vapori caldi di acqua carica di aroma, di rosmarino e di serpillo, e dopo due giorni di trattamento ha potuto ripigliare le sue occupazioni ordinarie; ma un mese dopo provò un vivo dolore nell'articolazione coxo-femorale destra, difficoltà a muovere l'arto inferiore, corrispondente, il che tutto disparve in venti giorni. Nel dicembre dell'anno stesso facendo uno sforzo, fu

sorpreso da un vivissimo dolore nella articolazione scapulo-omerale sinistra, il quale durò sei mesi, e divenne sì vivo da obbligare il malato a cessare ogni lavoro. «Riferì che la punta della spalla era sensibilmente cresciuta di volume, e che i movimenti erano divenuti sempre più difficili e meno estesi. Io viddi l'ammalato otto mesi dopo principiata la malattia. I giorni precedenti i dolori erano stati vivissimi nella spalla ammalata; allora però era indolente: il braccio sinistro era più lungo del destro per un centimetro, pendente lungo il lato del tronco, ed un pò inclinato dall'interno all'esterno relativamente all'asse del corpo. L'avambraccio dello stesso lato piegato ad angolo quasi retto, appoggiato contro il petto col gomito prominente al di fuori, e sostenuto dalla mano destra dell'ammalato. Il tronco è in complesso un pò inclinato a sinistra. La spalla è sensibilmente abbassata con notabile tumidezza, la quale ne cancella tutte le rilevatezze, e si estende dall'alto in basso dall'acromion al tendine del deltoide, e dall'avanti all'indietro della regione ascellare alla regione scapulare posteriore nella fossa sottospinata. Non si può sentire il capo dell'omero. La pelle che lo cuopre è tesa, lucente, come assottigliata. In tutta la sua estensione si sente la fluttuazione; è però più sensibile dalla regione scapulare posteriore alla regione ascellare, oppure dalla regione scapulare esterna alle due regioni or nominate ed al cavo dell'ascella fino al margine del muscolo grande pettorale. Nell'articolazione ammalata i movimenti sono debolissimi. È impossibile la estensione, pochissimo estesa la abduzione, un pò più pronunciata la adduzione, la rotazione oscurissima, nulla la circumduzione; i movimenti che si cerca di dare al braccio sono difficili, poco estesi, dolorosi, e la pressione fatta su diversi punti del tumore articolare riesce penosa all'ammalato».

L'Autore diagnostica una idartrosi scapulo-omerale,

la quale poteva essere prodotta da reumatismo: molti chirurghi però avevano creduto che un ascesso si fosse formato intorno alla articolazione. *Roux* decise di evacuare il liquido mercè la puntura sottocutanea, e di adoperare in seguito la compressione. Fatta una piega nella pelle dalla parte media della fossa sottospinosa, introdusse nella base di essa un trequarti piatto munito da robinetto. Quando mancò la resistenza, e lo stromento fu nella raccolta sierosa, ne estrasse il punteruolo, spingendo innanzi la cannula; e mercè una sciringa applicata al robinetto, estrasse 500 grammi circa di sinovia vischiosa, filante, giallo-fosca. Il tumore restò depresso in tutta la sua estensione; e al luogo della fluttuazione si sentiva una pastosità ed una flaccidità particolare dei muscoli. Questi non si poterono contrarre regolarmente, e il braccio non poteva muoversi che debolmente. Colle dita si potè allora distinguere la testa dell'omero che era facile a scostare dalla cavità glenoidea. — Dopo questa semplice e poco dolorosa operazione venne applicata sulla piccola ferita un pezzetto di taffetà gommoso, poscia fatta una debita compressione, indi, sostenuto il braccio mercè una sciarpa, l'ammalato tornò a casa a piedi. Quindici giorni dopo la idartrosi si riprodusse, e l'articolazione presentava i medesimi caratteri di prima: per la qual cosa l'Autore si decise alla injezione di iodio, giusta il metodo di *Guérin*. La puntura venne fatta in vicinanza dell'acromion, distante un centimetro circa della linea cellulosa che separa il deltoide dal gran pettorale. Uscito che fu l'umore sinoviale simile a quello estratto la prima volta, *Roux* injettò 300 grammi di acqua che contenevano 100 grammi di tintura di iodio. Quando l'articolazione fu distesa, ritirò il liquido nella sciringa; indi lo respinse nella articolazione: e ciò fece per tre volte. Lasciato un pò di liquido nella cavità articolare, medicò e fasciò la ferita come

dopo la prima operazione. — Nella notte successiva sorse vivo dolore nella articolazione; vi ebbe agitazione, veglia e febbre: dopo 36 ore di applicazione di cataplasmi ammollienti tutto cessò.

Tre giorni dopo la piccola ferita era quasi cicatrizzata; la tumidezza dell'articolazione era mediocre e pastosa, si sentiva una oscura fluttuazione su tutti i punti; più evidente però alla regione sottospinosa. L'ammalato accusa un vivissimo dolore verso il tendine del muscolo deltoide. Nei giorni successivi crebbe il dolore nella fossa sottospinosa, nel cavo ascellare e verso la solcatura bicipitale. Successivamente la febbre divenne intensa, e sui tre punti nominati destossi una infiammazione flemmonosa senza che la punta della spalla sembrasse parteciparne. Finalmente si fece sentire una limitatissima fluttuazione sulla quale l'Autore fece tre incisioni, dando uscita a siero misto a poco sangue, a pus, a fiocchi albuminosi. Queste tre ferite restarono come fistolose, e cicatrizzarono in capo ad un mese. Ma sei giorni dopo i tre punti nominati tornarono ad infiammarsi. La infiammazione flemmonosa non si potè vincere cogli antiflogistici anche attivi: ricomparsa la fluttuazione coi sintomi generali surriferiti si diede uscita al liquido sieroso purulento raccolto sotto quei tre punti.

Fino allora l'articolazione scapulo-omerale non aveva partecipato della infiammazione delle parti circostanti: ma alcuni giorni dopo la punta della spalla divenne dolorosa anche essa, e richiese due applicazioni di sanguisughe. Finalmente quando furono cicatrizzate le tre ferite rimaste fistolose, fu applicato un vescicante sulla linea cellulosa che separa il deltoide dal gran pettorale, e mantenuta la suppurazione per venti giorni. « D'allora in poi la guarigione ha progredito di bene in meglio, e i movimenti dell'articolazione divennero ognor più facili e più estesi. Nella estensione, il braccio solle-

vasi sino a formare un angolo retto col tronco. Presensentemente (1.° settembre 1845) l'ammalato sta bene, e da molti mesi ha ripigliato i faticosi suoi lavori campestri ».

Noi abbiamo voluto riprodurre con alquanta minutezza la storia di *Roux*, non tanto per la sua importanza attuale, quanto perchè essa fu occasione ad una discussione nel seno dell'Accademia di medicina sul valore terapeutico delle injezioni iodate. Chè del resto le opere periodiche hanno riferito ormai tanti fatti dimostranti la utilità di queste injezioni, non che nelle cavità articolari, eziandio in altre cavità chiuse, da scemare l'interesse di attualità di codesta di *Roux*. Chi amasse la storia delle applicazioni delle injezioni iodate alla chirurgia potrà trovarla nella sapiente Memoria del dottor *G. B. Borelli*, di Torino, inserita in questi Annali (1).

Estrazione con metodo bi-laterale di un calcolo vescicale formato sopra una lesina da calzolajo; del dott. Fleury, *figlio*.

Un uomo di 35 anni, di robusta costituzione, lavorava da due anni nei porti al Messico, allorchè fu preso da dolori di ventre, da calore all'estremità del glande e da difficoltà nell'orinare. Questi incomodi durarono otto o dieci giorni cedendo prontamente a bagnature locali e a qualche bagno nel fiume. Cinque mesi dopo ebbe qualche accesso di febbre intermittente. Poco dopo vennero dolori alla regione della vescica, al glande, al perineo; l'orina perdette la trasparenza, deponendo sul fondo del vase un sedimento biancastro: furono espulsi dall'uretra alcuni calcoletti, i quali dapprincipio eran bianchi, e seccando si riducevano in polvere simile alla fa-

(1) Ann. univ. di med., Vol. CXXI (1847), CXXVIII (1848).

rina, e più tardi presero un colore bigio-ferro. La malattia avanzossi tanto, che nel gennajo del 1845 dovette ricoverare nell'ospedale della Vera-Crux, ove dopo sanguisugio al ventre ed al perineo, non che semicupii si riconobbe esistenza di un calcolo nella vescica. Tornato in Francia venne accolto nell'ospedale di Clermont il 30 agosto dell'anno stesso. — I dolori che egli provava quando voleva orinare erano orribili, e lo obbligavano ad aggrupparsi come per evacuare l'alvo. Sostenendo con una mano il perineo, e stringendo fortemente il glande coll'altra, con gran pena emetteva poche goccie di orina, e negli sforzi che faceva gli uscivano le materie fecali dal retto: nel camminare bisognava incedesse colle maggiori precauzioni per calmare i dolori, i quali erano vivissimi ad ogni urto che ricevesse. Nell'intervallo di queste crisi le orine uscivano involontariamente, e l'ammalato era obbligato a raccoglierle in una vescica attaccata alla estremità della verga. Il vaso entro il quale le versava conteneva un deposito vischioso misto a grande quantità di materie purulenti. La porzione di perineo più prossima all'ano era dolorosissima alla pressione. Lo stato generale era buono; era in carne; le principali funzioni si eseguivano bene; la faccia esprimeva i patimenti onde era travagliato da quindici mesi, e la pelle aveva un colore giallo di paglia. Introdotto un catetere nella vescica si trova che l'uretra è libera; il suo contatto però colla mucosa è dolorosissimo. Assicurato l'Autore della presenza del calcolo in vescica, e d'altronde non essendo possibile lo stritolamento del calcolo per la somma sensibilità delle parti, si decide a praticare la cistotomia bi-laterale, previi alcuni bagni ed un purgativo.

Eseguita la operazione alla maniera ordinaria, il litotomo aperto trovò molta difficoltà a compiutamente aprirsi, e ancor maggiore ne trovò l'operatore nel trarlo

fuori: il tagliente della branca destra perdette il filo, scorrendo sopra un corpo durissimo creduto essere la pietra. Introdotti gli istromenti per la estrazione crebbero le difficoltà. Finalmente arrivato l'operatore ad afferrare il calcolo per la sua estremità inferiore venne estratto. « Non fu poca la nostra maraviglia trovando una lesina da calzolajo incrostata di sostanza salina per tutta la sua estensione, della lunghezza di 8 centimetri; le sue due estremità sole non erano coperte da incrostazioni calcaree. La inferiore estremità era fissata alla faccia interna della vescica in vicinanza del collo, per la qual cosa era riuscita difficile la estrazione, la quale non si è effettuata se non quando si è potuta ridurre all'esterno ». L'ammalato non si mostrò meno meravigliato per questa scoperta. Per darne ragione, narrò ricordarsi che lavorando dieciotto anni addietro in casa di un calzolajo, i suoi compagni gli toccarono il fondo delle fauci con uno istromento che loro sfuggì di mano, mentre dormiva a bocca aperta. Svegliatosi in sul subito provò una leggiera molestia, alla quale, non avendo continuato, egli non abbadò più oltre.

Non occorre riferire il diario delle conseguenze della cistotomia. Diremo solo che sette giorni dopo l'operazione l'ammalato, il cui stato era sempre eccellente, riferì che gli uscivano flati dalla ferita e dalla verga, e che quelli dell'uretra uscivano con rumore. Il professor *Fleury* credette di avere interessato il retto nel far l'operazione: ma l'ammalato lo rassicurò, dicendogli che cotesto egli avea da lungo tempo osservato, che la sua orina spumava come la birra, producendo talvolta il rumore del gaz acido carbonico. Introdotto un dito nel retto, l'Autore trovò a 8 o 10 millimetri sopra l'orificio dell'ano una piccola apertura circolare depresssa in giro e coi margini apparentemente assottigliati: per questo orificio si è aperta una comunicazione fra il retto e

la vescica. Sulle antecedenze riguardanti questa comunicazione, sulle proprie facoltà digerenti, sullo stato della defecazione, se orinava dall'ano, ecc., l'ammalato non seppe dir nulla: disse solo che una volta sotto uno sforzo violento per evacuare l'alvo gli è uscita poca quantità di pus colle materie fecali. Al 15 di ottobre l'amlato uscì dall'ospedale: dal retto usciva minor copia di orina e dalla verga ancora del gaz.

La stranezza del caso sta nel modo misterioso col quale la lesina ha penetrato nella vescica. Dice giustamente il nostro Autore: « Sarebbe pur straordinario che una asticella metallica di questa lunghezza abbia potuto scorrere lungo il tubo intestinale, e traforare il tramezzo retto vescicale senza determinare accidenti. Che sarebbe esso divenuto in quindici anni? Questo problema sembra talmente insolubile, che sarebbe più ragionevole l'ammettere aver essa penetrato direttamente nelle vie orinarie, ulcerate le pareti della vescica e prodotta la fistola attuale ».

Dell'uso dei bagni prolungati e delle irrigazioni continue nelle cure delle forme acute della pazzia e specialmente della mania; del dott. A. Brierre de Boismont.

Tra le diverse specie di alienazione mentale la forma maniaca è quella che guarisce meglio e più prontamente di ogni altra. Esaminando i ragguagli statistici degli ospedali nei quali venne calcolata la durata media delle singole forme di alienazione mentale, e degli ospedali nei quali questa divisione non è fatta, risulta in complesso che dovunque gli alienati costituiscono oggetto di cure illuminate, così in Europa, come in America, le guarigioni non si hanno prima del secondo mese di cura. Il metodo che l'Autore espone nella presente Memoria vuolsi dunque considerare ben prezioso per l'umanità,

poichè nel maggior numero de' casi la sua durata è di una settimana, e non supera mai i quindici giorni. Esso è appoggiato ad osservazioni pratiche, i cui risultati egli non ha voluto esporre prima che i fatti fosser numerosi, sanzionati dal tempo, divolgati, e confermati da molti medici.

Le osservazioni riferite con tutte le particolarità diagnostiche e terapeutiche sono 15. Esse dimostrano sufficientemente in quali casi sia conveniente applicare i bagni prolungati e le irrigazioni continue. Queste osservazioni si dispongono nell'ordine seguente: manìe acute 6; manìe puerperali 2; delirio de' bevoni 1; monomanie 3; delirio acuto 2; manìa cronica 1. Facciamo osservare che siffatto trattamento non ha guarita la manìa cronica, e che non ha avuta alcuna azione salutare sopra un delirio acuto che si approssimava alla forma idrofobica.

I fatti però che formano la base della Memoria sono 72, così disposti: manìa acuta 35; delirium tremens 11; esaltamento maniaco 10; monomanìa 10; manìa cronica 2; manìa intermittente 1; manìa ragionante 1; manìa simile alla demenza 1; delirio acuto 1: totale 72.

Sopra i 35 di manìa acuta sono guariti 33; uno ha resistito al trattamento; uno è morto, quello cioè che si avvicinava per la forma al delirio acuto idrofobico.

Gli 11 casi di delirium tremens sono guariti tutti rapidamente: la qual cosa si osserva eziandio pel metodo aspettante e per l'oppio.

I 10 casi di monomania con agitazione, molti dei quali presentavano tendenza al suicidio, ebbero tutti esito favorevole.

I 10 casi con esaltazione maniaca, non sono tutti guariti: 2 ebber miglioramento soltanto, uno non è guarito.

Questi 72 ammalati si componevano di 30 uomini e 42 donne, la maggior parte compresi tra i 20 e i 30 anni di età.

Ventitrè di questi ammalati avevano avuto sintomi prodromi entro uno spazio di tempo compreso tra le tre settimane e i 10 anni. Questi sintomi avevano consistito in esaltamento, incoerenza, tristezza, melanconia, idee bizzarre, accessi intermittenti di furore, cambiamento di carattere, suscettibilità, trasporti, cessazione del lavoro, idee di suicidio, singolarità di atti.

La durata della cura nei 72 ammalati non oltrepassò nel massimo numero (67 su 72) i quindici giorni. Anzi è utile far osservare che la maggior parte dei 14 casi in cui la durata della malattia arrivò fino a 15 giorni, non prendevan più bagni da 8 a 10 giorni; e che quelli che hanno superato questo estremo non sono guariti pei bagni.

Il numero dei bagni ha generalmente variato tra 1 e 8: 17 furono bagnati per otto giorni di seguito senza interruzione; 10 per tre giorni; 9 per quattro giorni 8; per sei giorni, ecc.

Il pronostico delle forme acute della pazzia e della mania in particolare è quasi costantemente favorevole quando è recente. È pur favorevole quando non sianvi stati accessi antecedenti; e se la forma non è intermittente. La eredità non tarda la guarigione, ma induce timori per l'avvenire.

In due casi di mania cronica, uno dei quali era passato allo stato acuto, e l'altro era il ritorno della medesima malattia, i bagni prolungati hanno calmata la agitazione, ma non hanno apportata la guarigione.

Quattro dei guariti hanno recidivato: uno è morto: l'Autore però attribuirebbe codesta morte al trattamento antiflogistico energico adoperato.

L'Autore dice di aver avuto occasione di provare l'uso di queste bagnature anche nella mania puerperale; e soggiunge aver fatti i quali provano che esse riescono utili in certe affezioni nervose a forma isterica; con o senza sintomi di pazzia.

Due dei guariti hanno avuto movimenti convulsivi: in uno di essi, questi movimenti furono sì violenti da far temere della vita. Fu osservata eziandio la sincope, e molte volte gli ammalati ebber vomito abbondante.

I bagni si devono dare in luogo semi-oscuro e chiuso, avendo veduto l'Autore che la luce aperta del giorno e la vista degli oggetti aumentano la esaltazione dei maniaci. Sarebbe deside-

rabile che ognun malato venisse trattato separatamente, essendosi osservato riuscir meglio la guarigione quando sono curati da soli che non quando si curano insieme.

La durata di ciascun bagno fu sempre di dieci a dodici ore, talvolta fino a quindici ore. In alcuni casi non fu maggiore di sei ad otto ore. La sorveglianza attenta determinerà le circostanze in cui convenga estendere od accorciare il tempo.

La temperatura del bagno è da 30° a 28° C. in inverno, e un pò meno elevata in estate. Al sortire dal bagno la temperatura varia tra 20° e 18° C. In generale essi non si lagnano di aver freddo, a meno che essi non si sentano meglio, o non abbiano lucidi intervalli. Molti di essi tremano come freddolosi; ma questo sintomo non ha valore per l'Autore, fintantochè gli ammalati sono agitati, soffrono o escono in proposizioni slegate. Non è raro che dopo sei, sette od otto ore, la calma si manifesti: talvolta ancora la ragione sembra ristabilirsi dopo il primo bagno: assai ordinariamente l'agitazione torna in capo ad alcune ore, e massimamente verso la metà della notte. — Il dott. *Turck* narra di manie acute guarite dopo tre giorni di bagno. L'Autore non ha fatto questa prova: crede però che in alcuni casi, come nel delirio acuto a forma idrofobica, questo esteso prolungamento del bagno potrebbe esser utile.

Nelle ultime due o tre ore del bagno l'agitazione finisce per calmarsi, e l'ammalato risponde anche assai soventi ragionevolmente alle brevi dimande che gli vengono indirizzate. All'uscir dal bagno il suo incesso è men vivace, e talvolta anche lento: la pelle delle mani e dei piedi è increspata, rugosa, biancastra; le estremità sono fredde; il polso è soventi rallentato.

In alcuni l'agitazione è sì viva che si fanno contusioni contro le pareti del bagno: bisogna assicurarli con camiciuola di forza e simili.

Questo mezzo terapeutico, a malgrado della sua utilità può produrre un afflusso di sangue alla testa, e produce in taluni casi aggravamento de' sintomi. Per rimediare a questo effetto possono giovare le compresse imbevute di acqua fredda, le vesciche piene di ghiaccio, e le irrigazioni sulla testa.

Tutti gli altri mezzi succursuali, e gli artificii per usarli nei

singoli casi, corrono alla mente di ognuno che abbia a farne l'applicazione, senza che occorra di minutamente farne la enumerazione e la descrizione.

Uno scoglio da evitare, dice *Boismont*, da chi ha ottenuto vantaggi da un metodo di cura, quello è di riporre tutta la fiducia in quel metodo solo, e di non volergli associare altri adjuvanti utili, col pretesto di non voler complicare l'esperimento. Ma, a malgrado di ciò, bisogna adoperare tutto quello che può secondarne gli effetti. L'Autore, per esempio, ha associato ai bagni prolungati e alle irrigazioni il calomelano, alla dose di 10-40 centigr., continuando per 5, 8, 10 giorni, sospendendolo e poscia ripigliandolo. Venne pur somministrato il tartaro stibiato da 5-10 centigr., per due o tre volte in ciascun caso: talvolta in lavativo. Nei casi di pletora o negli abituati ai salassi, voglionsi cessare eziandio le emissioni sanguigne: l'Autore dice però che se alla prima sottrazione non ne cava profitto, non ricorre certo alla seconda. — E qui se lo spazio non ci mancasse vorremmo trascrivere tutta quanta la digressione che l'Autore fa qui a proposito del salasso nella cura delle malattie mentali, e raccomandare con le sue parole, e con le citazioni autorevoli di *Pinel*, di *Esquirol* e di simili nomi, la somma parsimonia nelle sottrazioni sanguigne. A compendiare, diremo che *Pinel* non era molto inclinato al salasso: e che a ciò deve aver contribuito l'osservazione delle conseguenze del trattamento dissanguante di *Bousquillon*, il quale salassava fin tre volte al giorno i maniaci agitati: per poco che si continuasse in questa cura si calmava l'effervescenza, ma si tramutava la mania in una forma incurabile di pazzia, nella demenza. *Esquirol* era anch'egli sobrio nel cavar sangue, e non riguardava il salasso come mezzo eroico. Raccontava anzi di uno che si sfasciò il salasso ed ebbe perdita strabocchevole di sangue fino ad esser quasi esangue, e che non provò nessunissimo vantaggio sulla ragione. *Rush* e *Foville* raccomandano il salasso: quest'ultimo lo preconizza appoggiandosi alle risultanze anatomiche che si osservano nei casi acuti, e alle aderenze frequenti a trovarsi nei casi cronici, le quali sono per lui prove decisive di infiammazione. *Boismont* soggiunge però che bisogna ben intendersi sul valore di codeste lesioni: l'injezione, il rossore, la punteggiatura delle

membrane del cervello si possono trovare in casi assai diversi, i quali hanno nulla a che fare con la infiammazione. Le lesioni che i medici alienisti dànno come particolari alla mania, alla demenza, sono state osservate in altre affezioni cerebrali che non avevano rapporto con queste due malattie. D'altronde quand'anche siffatte lesioni fosser costanti e proprie della pazzia ci sarebbe a dimandare ancora se ne sono causa o effetto. Osserva in seguito l'Autore che tutte le alterazioni enumerate non si applicano che al sistema sanguigno: ora, il sistema nervoso, le cui funzioni, la cui tessitura sono ancora sì oscure, debbe avere il suo modo di irritazione, e nulla stabilisce che codesto sia identico a quello del sistema sanguigno. —

Riassumendo il contenuto di questa Memoria si hanno le seguenti conchiusioni:

1.° Tutte le forme acute della pazzia, e della mania in parcolare, si possono guarire in uno spazio di tempo compreso tra una e due settimane.

2.° Il trattamento adoperato per ottenere questo risultamento consiste nei bagni prolungati e nelle irrigazioni continue.

3.° La durata dei bagni debb'essere, in generale, da 10 a 12 ore, e può esser prolungata sino a 15-18 ore.

4.° Le irrigazioni che si associano ai bagni si debbono continuare per tutta la durata di questi; esse si possono sospendere quando l'ammalato è tranquillo.

5.° Quando l'ammalato ha preso 8 o 10 bagni senza miglioramento e senza alterazione rilevante nel suo complesso esteriore, bisogna cessare: si potrà più tardi prescriverli di nuovo.

6.° La temperatura del bagno sarà di 28°-30° C., e le irrigazioni quella di 15° C.

7.° La forma di pazzia che cede meglio all'azione dei bagni prolungati e delle irrigazioni continue è la mania acuta recente; le forme che cedono in seguito sono il delirio acuto semplice, il delirio dei bevoni, la mania puerperale e le monomanie tristi con sintomi acuti. Ma in molte di queste forme, le guarigioni non sono nè così rapide, nè così costanti nella mania acuta.

8.° La mania antica o acuta prolungata, la mania cronica con agitazione, la mania intermittente furono migliorate, ma

non guarite da questo trattamento. Non venne sperimentato contro le manie con sintomi di paralisia e di epilessia.

9.° Alcuni fatti provano che la cura in discorso può riuscire in certe malattie nervose a forma isterica con o senza sintomi di pazzia.

10.° Dai fatti contenuti in questa Memoria si può affermare che le guarigioni di forme acute della pazzia ottenute coi bagni e colle injezioni sono e più pronte e più numerose che non quelle avute da altri metodi.

11.° L'uso dei bagni prolungati non è nuovo nella scienza, ma finora non era stato formulato nei casi speciali di che ha trattato la presente scrittura. (*Sarà continuato*).

Mémoires de la Société, etc. — *Memorie della Società di Chirurgia di Parigi. Fasc. 4.° ed ultimo del Volume primo. — Un Vol. di pag. 618. Parigi 1849 in-4.° con tav. — (Estratto. Continuazione).*

Sulle lussazioni della mascella inferiore; del dott. Nélaton, *membro della Facoltà di medicina, chirurgo dell'ospitale Saint-Antoine.*

L'Autore nella sua Memoria, letta alla Società nella seduta del 17 febbrajo 1847, espone alcune considerazioni sulle lussazioni della mascella inferiore, dedotte dalle esperienze praticate sul cadavere, allo scopo di rischiarare molti punti ancor dubbj nella storia di queste lussazioni. Egli prende le mosse dalla considerazione, che nella lussazione della mascella inferiore generalmente si pensa che il condilo si porti all'innanzi della radice trasversa dell'apofisi zigomatica, e venga trattenuto in questa posizione, secondo alcuni, per contrazione muscolare, secondo altri, per la resistenza che presenta al condilo la prominenza dell'apofisi trasversa del temporale.

Questa teoria, che fu pur quella di *Petit*, di *Boyer*, di *Astley Cooper*, riprodotta e ammessa anche nelle opere le più recenti,

venue contestata da *Malgaigne*, come si può vedere per le sue stesse parole: « Allorquando, per la prima volta, imbevuto delle idee scolastiche, mi provai a lussare la mascella sul cadavere, fui sorpreso della facilità con cui trassi i condili mascellari davanti ai condili temporali, senza alcuna lacerazione, nè dei legamenti nè dei muscoli; ma n'ebbi gran fatica a trovare il perchè questa lussazione fosse così rara e d'onde provenissero le difficoltà della riduzione.

« Esaminai sul vivo l'estensione del movimento del condilo nell'abbassamento della mascella, e l'ho veduto portarsi naturalmente al davanti del condilo del temporale, lasciando dietro di sè porzione assai considerevole del muscolo massetere che non gli impedisce per nulla di rientrare nella sua cavità; finalmente, premendo con forza le superficie articolari l'una contro l'altra allorchè si opera l'avvicinamento delle mascelle, si sente chiaramente il salto che i condili mascellari sono obbligati di fare per ripassare sotto la prominenza dei condili temporali. Ecco un fatto curioso, una posizione normale che tutti i chirurghi moderni riguardano come una lussazione, e ognuno può sopra sè stesso riprodurre a sua voglia questa pretesa lussazione coi suoi sintomi caratteristici, tranne il dolore e la necessità della riduzione ».

L'autore trova l'osservazione di *Malgaigne* assai fondata; ammettendo, in fatto, lo spostamento quale lo suppongono gli Autori, qual è l'ostacolo, egli dice, che impedirebbe al condilo di rientrare nella cavità glenoidea del temporale? La prominenza che forma la radice trasversa non è molto pronunciata; e fosse anche più considerevole, è facile comprendere ch'essa non potrebbe mettere ostacolo alla riduzione. Tutto, in fatti, in questa articolazione, legamenti, capsula, muscoli, è disposto in modo da rendere facile il passaggio del condilo al di sotto di questa apofisi. Per rispetto alla riduzione, non si può adunque paragonare questa prominenza ossea a quelle che si trovano intorno alla maggior parte delle articolazioni. Se le eminenze ossee che circondano le cavità articolari si oppongono talvolta alla riduzione, si è per ciò che l'osso spostato è obbligato a circondarle per riprendere il suo posto, e che i legamenti, i muscoli distesi, si prestano con difficoltà a un simile movimento. Qui, invece, le parti fibrose e muscolari sono assai ben disposte ad age-

volare la retrocessione del condilo, e da quel punto non si comprende ciò che si oppone alla riduzione.

Sarebbe adunque causa la contrazione muscolare, come l'opinava *Petit?* « Ciò appunto succede comunemente, diceva questo chirurgo, poichè i condili sono scorsi all'avanti, e quindi il loro appoggio si trova nella linea che passa direttamente dall'origine dei muscoli alla loro inserzione, o che, portati più avanti, i condili appoggiano al di là di quella linea. In tale posizione è evidente che la contrazione dei muscoli non tende che a premere i condili contro le basi del cranio, e a allontanarli dalla loro articolazione: ciò è facile a intendersi da chi ha qualche cognizione di meccanica ».

Ribes e *Boyer* non avrebbero adempito a quest'ultima condizione, poichè essi hanno combattuta e distrutta la spiegazione di *Petit*. Questi, in fatto, è partito da un principio di meccanica giustissimo, ma ne ha fatto una cattiva applicazione ai muscoli di cui si è parlato. L'esatta conoscenza dell'anatomia ha preservato *Boyer* da simile errore, e l'ha condotto a rettificare la spiegazione di *Petit*, la quale del resto è ingegnosa e seducente. Bisognerebbe, in fatti, perchè i muscoli che, allo stato fisiologico, alzano la mascella, potessero cambiare il loro offizio, quando questa è lussata, che, da elevatori diventassero abbassatori; bisognerebbe, dice l'A., che nel movimento forzato di abbassamento della mascella le branche dell'osso potessero « incrocicchiare la linea media di direzione dei muscoli pterigoideo interno e massetere; bisognerebbe che i condili si portassero in avanti, fino al punto di raggiungere ed anche di oltrepassare la linea di cui si tratta: ma uno spostamento così esteso non succede mai, desso suppone fra le mascelle un grado di allontanamento che non si riscontra quasi mai in simili casi (*Boyer*). » In nessun caso di lussazione della mascella, in fatto, si osserva oltrepassata questa linea, e i muscoli summentovati restano sempre elevatori. A torto venne adunque invocata la contrazione muscolare come causa di questa impossibilità di riduzione. Si è già veduto che non poteva esserlo neppure le resistenza che presenta al condilo la prominenza dell'apofisi trasversa, come si voleva da *Ribes*, da *Boyer*, e da tutti i chirurghi moderni. Questa causa bisognava adunque ricercarla altrove, e tale si è l'as-

sunto dell'Autore. Trova quindi necessario di far precedere una descrizione anatomica della regione temporo-mascellare.

Si sa che l'osso mascellare inferiore, articolandosi coll'osso temporale, forma un angolo che varia molto secondo le diverse età. Così nei ragazzi, in cui le branche della mascella formano col suo corpo un angolo assai aperto, si trova l'osso mascellare formante col temporale un angolo assai acuto aperto in avanti. Mano mano che gli individui avanzano in età, che i denti si sviluppano, l'angolo si fa più aperto, e soltanto nei vecchj che non hanno più denti si riscontra la disposizione segnalata nella prima età.

Al davanti dell'articolazione temporo-mascellare si trova l'escavazione temporo-zigomatica, nella quale è collocata l'apofisi coronoidea quando la bocca è chiusa. All'innanzi e posteriormente a questa escavazione si trovano due eminenze, la posteriore formata dal tubercolo dell'apofisi trasversa dell'arcata zigomatica, l'anteriore dell'articolazione dell'osso mascellare superiore coll'osso malare. In fatti, alla parte inferiore della sutura che risulta dall'unione di questi due ossi, esiste un tubercolo assai sagliente, limitato al davanti da una infossatura formata dal margine tronco dell'apofisi malare del mascellare superiore, e spesso all'infuori da una piccola fossetta allungata, quasi ovale. Questo tubercolo, che si può chiamare col nome di *tubercolo malare*, si trova lontano dall'apofisi coronoidea un centimetro circa. Al posto di questo tubercolo, si riscontra talvolta una superficie piana, ed anche, in alcuni soggetti, una infossatura più o meno marcata. Ma la presenza del tubercolo non manca mai.

L'apofisi coronoidea anch'essa, come fa osservare *Chassaignac* nella sua Memoria sulla disarticolazione della mascella, presenta delle differenze individuali marcatissime. Così, in alcuni soggetti è assai corta e si alza appena fino al livello del condilo, in altri invece è assai allungata; talora rivolta quasi direttamente in alto, talvolta obbliquamente all'infuori, in modo che la sua sommità si dirige verso l'arcata zigomatica; talvolta spinta in avanti per modo da allontanarsi molto dal condilo, e tal altra fiata rivolta all'indietro, e quindi tendente ad avvicinarvisi.

Premesso ciò, l'Autore passa a far conoscere i risultati delle sue esperienze, quali sono: 1.° che, come lo aveva già detto

Malgaigne, se il condilo della mascella si trova portato all'avanti, senza oltrepassare il punto che gli permette la lassezza della capsula, lo spostamento scompare forzatamente al momento che si avvicinano le arcate dentali, la prominenza dell'apofisi trasversa non mette allora alcun ostacolo alla retrocessione del condilo della mascella; 2.° che se si arriva a tagliare la parte anteriore della capsula, o a lacerarla, in modo che il condilo possa uscirne e avanzarsi di alcuni millimetri, si osserva che lo spostamento è permanente, non già, come si crede generalmente, in conseguenza della prominenza della radice trasversa, nè della contrazione o tensione dei muscoli, *ma perchè la sommità dell'apofisi coronoidea va ad appoggiare contro l'angolo inferiore e anteriore dell'osso mascellare e a collocarsi nella piccola fossetta che abbiamo detto trovarsi di spesso in questo punto.*

Il contatto della sommità dell'apofisi coronoidea coll'osso mascellare, osserva l'Autore, poter essere adunque la condizione indispensabile per una vera lussazione, e per ciò lo spostamento non ha bisogno d'essere eccessivo; basta che il condilo si avanzi di tre o quattro millimetri. Il legamento laterale esterno rimane intatto, la capsula sola viene lacerata alla sua parte anteriore, e la cartilagine meniscoide accompagna il condilo nel suo spostamento, oppure resta al di sotto della radice trasversa, secondo che la rottura succede al di sopra o al disotto del suo margine anteriore.

Allorchè la lussazione è prodotta da una violenza esterna, è facile che la sommità dell'apofisi coronoidea laceri alcune fibre del massetere o del temporale, e si porti nello spessore di questi muscoli, ciò che rende sempreppiù difficile la riduzione.

Risulta adunque, che non è sul condilo dell'osso mascellare che si deve trovare la causa che rende lo spostamento permanente, ma sull'apofisi coronoidea e sull'osso mascellare, poichè è nello scontro di questi due ossi che risiede quasi tutta la difficoltà della riduzione. Questa posizione delle parti che, ignorata, mantenne per molto tempo nell'errore gli Autori non era però del tutto sconosciuta da alcuni. Così *Monro* il seniore, citato da *Boyer*, pensava che, se la lussazione non era stata ridotta, la mascella si rialzava gradatamente a tanto che la sommità del-

l'apofisi coronoidea andava ad incontrare l'angolo inferiore del zigoma. *Samuele Cooper* accenna anch'esso questa medesima disposizione, ma solo per incidenza, e senza trarne partito.

Considerati fin qui i rapporti delle ossa nei casi di lussazioni bilaterali, l'Autore passa a parlare della posizione delle parti nelle lussazioni unilaterali. In questi casi non è più al livello della parte inferiore dell'osso malare che va a postarsi la sommità dell'apofisi coronoidea, ma al davanti del tubercolo malare, in quella specie d'infossatura già indicata nella descrizione anatomica di queste parti. Il condilo del lato opposto resta nella cavità glenoidea; esso prova soltanto un movimento di torsione.

Da tutto ciò, si comprende facilmente che la lussazione della mascella inferiore deve necessariamente esser rara, dappoichè l'apofisi coronoidea non presenta in tutti i soggetti le medesime dimensioni, nè la stessa configurazione. In fatti, se la sommità di questa apofisi è molto inclinata all'indietro, bisognerà che la mascella sia projettata all'avanti perchè questa apofisi possa incontrare l'osso malare, e perchè lo spostamento sia permanente. Egli è anche probabile che in alcuni soggetti questa disposizione renda la lussazione quasi impossibile. E per converso, se la sommità dell'apofisi coronoidea è più inclinata all'avanti, lo scontro di questa prominenza ossea e del tubercolo malare esigerà uno spostamento meno considerevole, e la lussazione sarà più facile. E supposto pure che l'indicata disposizione sia anche più pronunciata, si vedrà come alcuni soggetti si lussino l'osso mascellare inferiore senza l'intervento di alcuna violenza esterna, per la sola contrazione dei muscoli depressori della mascella. Si riconoscerà parimenti come queste specie di lussazioni, che le disposizioni anatomiche rendono per così dire sempre imminenti, sieno facilissime a riprodursi sul medesimo soggetto; fatto già indicato da tutti gli osservatori.

L'Autore termina col far osservare, che se si vuol ammettere questa dottrina, si troverà facilmente la spiegazione di tutti i fatti relativi alla storia di questa lussazione. E innanzi tutto, i sintomi riferiti dagli Autori a questo spostamento sono precisamente gli stessi che si potrebbero a priori dedurre da ciò che la teoria ci insegna. Le difficoltà di riduzione di cui non si sapeva dar conto colle dottrine classiche, vengono facilmente in-

tese da questo momento. Finalmente, l'Autore opina che le accennate disposizioni siano di tal natura da guidare i chirurghi con maggior certezza nei maneggi della riduzione.

Sulla evoluzione della sifilide; del dott. Cullerier.

Premesso dall'Autore che troppo spesso nello studio della sifilide si è sostituita la scienza ipotetica alla osservazione, e dimostrato che non solo non si è d'accordo sulla teoria di questa malattia, lamenta che non si è ancora fissati sul decorso e sulla evoluzione dei suoi sintomi. Comunemente si ripete che la sifilide si presenta sotto mille forme differenti, come se non vi fosse nulla di determinato e di costante nelle sue apparizioni. Finora era ammesso di comune accordo la grande divisione della sifilide in sintomi primitivi ed in sintomi consecutivi o secondarii. Ma siffatta linea di demarcazione, come ben osserva l'Autore, è lungi dall'essere generalmente tracciata per tutti; poichè quello che è ritenuto da uno per sintomo consecutivo, è per un altro un sintomo ancor primitivo; poichè molti ammettono che i sintomi secondarii sono suscettibili ancora di comunicarsi, mentre che tutta una scuola moderna è convinta che la distinzione essenziale tra l'unico sintomo primitivo da essa ammesso, l'ulcero, e i sintomi costituzionali, consiste in ciò che questi ultimi non si trasmettono per inoculazione nè fisiologica, nè artificiale, ad eccezione della eredità. Esposti dall'Autore alcuni dubbii intorno al valore relativo di alcuni sintimi, giusta le varie scuole e accennata la confusione delle opinioni su questo particolare, soggiunge di non voler entrare per ora nella discussione di questi fatti; volendo egli limitarsi nella presente Memoria a provare che « nelle fasi dei sintomi della sifilide vi ha un corso determinato, che l'ordine di apparizione di questi sintomi è soggetto ad una regolarità simile a quella che osservasi in ogni altra evoluzione morbosa, e che l'esatta conoscenza di questa successione è il solo mezzo per arrivare ad una terapeutica razionale ».

Hunter, nel tracciare la storia generale della sifilide costituzionale ha diviso in due ordini le parti sulle quali essa si manifesta sotto il rapporto della comparsa dei sintomi: nel primo ordine sono la pelle e le mucose; nel secondo, le ossa, il pe-

riostio, le aponeurosi, i tendini. Egli cerca di dar ragione del primo manifestarsi della malattia sul tegumento cutaneo; ma le ragioni che egli adduce sono che la pelle essendo più accessibile che le parti profonde alle influenze esterne (e per lui il freddo ha molta parte in questa suscettibilità) è la prima a subire la azione del principio sifilitico generale; e che le ossa e il periostio riparate come sono da questo agente esterno, subiscono più tardi la influenza del virus. Se la storia della sifilide cominciasse soltanto al comparire dei sintomi costituzionali potrebbesi ammettere la divisione di *Hunter;* ma siccome il primo periodo della malattia comincia in quell' istante in cui l' econonomia venne contaminata dal virus, e questo fu assorbito; la maggior parte degli Autori hanno ammesso la divisione di accidenti primitivi e di accidenti secondarii, annoverando fra questi ultimi le affezioni della pelle, delle mucose, delle ossa e dei tessuti fibroso e cellulari.

Ricord ammette tre grandi divisioni: sintomo primitivo, l' ulcero; sintomi secondarii, malattia della pelle e delle mucose; sintomi terziarii, malattie delle ossa e del tessuto fibroso. *Ricord* ammette cinque ordini di accidenti venerei: 1.° Accidente primitivo, ossia comparsa, l' ulcero; 2.° accidenti successivi, comparsa di nuovi ulceri o di adeniti semplici o virulente; 3.° accidenti secondarii, comparsa dei segni di infezione generale, malattie della pelle, delle mucose, degli occhi o dei testicoli; 4.° accidenti terziarii, comparsa di malattie delle ossa, del tessuto fibroso, del tessuto cellulare, di dolori; 5.° malattie straniere alla sifilide, come cancro, scrofola, scorbuto e qualunque flemmasia acuta o cronica.

L'Autore combatte queste divisioni, le quali, a suo dire, sono inesatte. Qualora un ulcero del glande sia in contatto del prepuzio sano, non tarderà ad inocularsi se il contatto è immediato e prolungato; siffatta inoculazione è il fenomeno caratteristico dell' accidente primitivo, il fatto quasi immancabile della sua natura. Qualora un ganglio linfatico, il quale sia nella sfera di assorbimento di un ulcero, si ingorga, suppura, si ulcera e produce, mercè il contatto della materia ulcerosa, noi abbiamo ancora l' essenza del sintomo primitivo; non è che l' ulcero sotto nuova forma. Sembra quindi inutile di denominare suc-

cessivo questo fenomeno, e più razionale di confondere e l'uno e l'altro sotto la denominazione di accidenti primitivi, piuttosto che di successivi; i quali congiungono l'idea di infezione generale. Lo stesso dicasi di altre denominazioni date ad altri sintomi costituzionali. L'Autore però nel combattere queste divisioni dei periodi della sifilide, non esclude la necessità di stabilire un ordine nella successione dei sintomi; avendo appreso dalle proprie osservazioni che la sifilide segue un corso regolare, e che può essere dianzi preveduto. Narra l'Autore che meditando tempo fa sugli scritti di *Hunter* e gli antichi trattati sulla sifilide, e seguendo attentamente il corso di certi fenomeni sifilitici, gli è sembrato di osservare una esattezza costante nel loro ordine di manifestazione: gli studii successivi lo hanno vieppiù confermato in ciò. Egli ha raccolte quaranta osservazioni di malattie veneree costituzionali delle ossa e del tessuto fibroso o cellulare. Dall'analisi di queste osservazioni risulta a lui la regola seguente: « Che quando si vede una malattia sia delle ossa, esostosi, necrosi o carie, sia del tessuto fibroso o del tessuto cellulare, periostosi, gomma, nodo, affezioni tutte annoverate sotto la denominazione di sintomi terziarii, si trova sempre un sintomo intermediario tra la malattia attuale e l'accidente primitivo; il quale sintomo intermediario è caratterizzato da una eruzione cutanea, una sifilide, oppure da ulcerazione della mucosa della bocca, e più spesso di quella delle fauci in sostituzione alle malattie della pelle colle quali d'altronde hanno comune la natura ».

Egli soggiunge però di non voler dare come nuovo quello che sopra è riferito riguardo alle classificazioni: ma pretende, contro l'opinione di *Ricord*, che la influenza di un trattamento più o men ben fatto contro un sintomo sifilitico, non ha alcun valore per impedire la produzione della sifilide, colle forme e nell'ordine superiormente indicato. Ecco le parole di *Ricord*: « Un opportuno trattamento dell'accidente primitivo può distruggere per sempre la diatesi sifilitica, ed impedire la produzione degli accidenti secondarii e terziarii. Assai spesso, dopo la guarigione del primo, esso non sospende che i secondi; lo che spiega, nei malati che han preso mercurio, la tarda produzione

delle malattie del periostio o delle ossa senza l'anello intermedio che ha dovuto mancare ».

L'Autore combatte questa opinione e la interpretazione di un fatto che egli crede mal osservato. A chiarire meglio il suo pensiero ripiglia: « Io non dico già che un trattamento ben fatto durante un accidente primitivo, o dopo di esso, non abbia la facoltà di guarire per sempre la sifilide; ma solo dico, che quando fallisce la sua facoltà preservatrice, codesto si osserva tanto per un ordine di sintomi, come per un altro, e che giammai essa non è capace di invertirli; che la sifilide quando non è prevenuta mercè un trattamento specifico, si sviluppa sempre col medesimo carattere, nel medesimo ordine, non vi ha lacuna nel suo corso, non interruzione; in una parola non vi ha rotto nè un anello, come dice *Ricord.* Dico che la sifilide tanto se abbandonata a sè, quanto se combattuta nei suoi primordii mercè un trattamento specifico anche dei meglio fatti, se ha a comparire si manifesterà sempre ad un medesimo modo; che i sintomi distinti sotto il nome di terziarii sono sempre terziarii di fatto: si osservi anzi che siffatta denominazione non sarebbe più esatta se tali sintomi potessero direttamente succedere ad un sintomo primitivo: il che io nego ». L'Autore nostro però ammette che il trattamento specifico contro l'accidente primitivo non stato distrutto dapprincipio, può mitigare gli accidenti successivi: sostiene però che per quanto sian deboli, essi non si presentano meno nell'ordine indicato. Bisogna avvertire ad una frequente apparenza di inversione nella manifestazione dei sintomi; così, per esempio, una eruzione sifilitica dopo la comparsa di un esostosi o contemporaneamente ad essa. « Ciò è vero, ma non prova contro la mia maniera di vedere, dice *Cullerier*, perchè prima dell'esostosi vi fu certamente o una malattia della pelle, o una malattia delle mucose, malattie il cui elemento specifico non è stato o fu insufficientemente combattuto e si è portato sugli organi profondi, mostrandosi ancora alle parti che essa avea dapprima attaccato: in questi casi eccezionali predomina l'accidente terziario ». Bisogna eziandio sapere che soventi l'esplosione dei sintomi secondarii, preceduta da malessere generale, da stanchezza e da rottura delle membra, le quali possono essere scambiate pei dolori più profondi e più

genici che talvolta si manifestano come accidenti terziarii; osservando però bene, se ne vede tosto la differenza; d'altronde la eruzione cutanea rischiara il diagnostico. Finalmente avviene talvolta che la malattia decorre sì acuta, e la sua evoluzione è sì pronta, che il medico è colpito soltanto da due circostanze capitali, il sintomo primitivo al quale ei risale, e il sintomo terziario che osserva attualmente. Ma anche in questo caso un esame diligente farà scoprire il sintomo intermediario.

Questa Memoria è seguitata da quaranta osservazioni in appoggio della tesi qui sviluppata. Riguardo all'influenza che il trattamento mercuriale ha avuto sulla concatenazione dei sintomi, e fino a qual punto esso ha potuto interrompere o mutare la regolarità di loro successione, risulterebbe che sei ammalati ebbero un trattamento soltanto contro l'accidente primitivo; nove hanno subìto un primo trattamento contro l'accidente primitivo ed un secondo contro t'accidente secondario; tredici hanno subìto un trattamento soltanto contro l'accidente secondario, e in cinque di essi durante il trattamento si è manifestato il sintomo terziario; dodici non furono trattati nè contro l'accidente primitivo, nè contro l'accidente secondario.

È osservabile che su quaranta osservazioni ve n'ha quindici nelle quali si usò un trattamento mercuriale contro l'accidente primitivo, e ciò nullameno la malattia ha continuato il suo corso. Codesta è una proporzione enorme, favorevole alla opinione dall'A. che il trattamento adoperato contro l'accidente primitivo guarisce compiutamente l'ammalato, vale a dire, lo guarentisce per sempre dagli accidenti costituzionali e secondarii e terziarii; ovvero che se esso non guarisce, se non spegne la sifilide, questa si produrrà sempre, descrivendo le fasi qui indicate.

E d'altronde, se fosse vero il sistema del dott. *Ricord*, come mai su quaranta osservazioni non è avvenuto di trovare una volta sola un sintomo terziario dopo accidenti primitivi per i quali sarebbe stato adoperato un trattamento mercuriale? E come è avvenuto che in un gran numero di altri ammalati de' quali l'Autore non ha potuto prendere l'osservazione, perchè non ricordavano nè gli accidenti primitivi, nè i secondarii che avevano avuto; come è avvenuto, dico, che nessuno abbia potuto ricordarsi di una malattia, la quale avrebbe pur dovuto fissarsi

nella memoria appunto per il trattamento subìto? Non vedesi forse giornalmente manifestarsi l'accidente secondario durante, o immediatamente dopo il trattamento fatto contro il sintomo primitivo, quando si era in diritto di conchiudere che il principio specifico era anichilato, e, in questi casi, la pelle e le mucose non sono sempre quelle che gli manifestano? Consultando i prospetti fatti a tutt' altro fine, risulta che sopra un dato numero di sintomi secondarii trovasene una enorme proporzione nei quali era stato adoperato il trattamento mercuriale contro l'accidente primitivo. Per esempio, nella Memoria di *Martins* sulle sifilidi, vale a dire, sul sintomo che per *Cullerier* è il fenomeno intermediario obbligato, la proporzione è ben grande, avendo egli trovate altrettante e fors' anche un pò più di sifilidi negli ammalati trattati col mercurio, che in quelli non stati trattati. Se il trattamento mercuriale avesse la virtù di rompere la figliazione dei sintomi costituzionali e di anichilarne compiutamente alcuni per lasciarne sorgere altri con apparenza più grave, la proporzione degli accidenti secondarii sarebbe molto minore, e lo sarebbe stata maggiormente ad un' epoca nella quale forse più che presentemente gli accidenti primitivi erano indistintamente trattati col mercurio, e si cercava meno di distruggerli in luogo ed immediatamente.

Se questi principii sono giusti, come sembra all'Autore, si avrà l'esatto ragguaglio di una evoluzione morbosa ritenuta come variabile ed incerta, e pur soggetta a leggi positive. E la terapeutica sarà vantaggiata anch' essa; poichè non si dirà più che un dato modo di trattamento conviene alla sifilide costituzionale, ma si specificherà l'ordine di sintomi nel quale esso è preferibile, ed a qual' epoca della evoluzione sifilitica debba essere applicato, constando per la esperienza che certe sostanze antisifilitiche eccellenti nel periodo terziario hanno un valore per lo meno assai problematico contro i sintomi secondarii, e sono affatto inutili contro il sintomo primitivo.

Conchiudiamo: « 1.° La sifilide è malattia a corso regolare. I suoi sintomi si succedono, giusta una regola che si può dianzi prevedere, dall' epoca precisa di comparsa in fuori, la quale è forse sempre impossibile di determinare in maniera certa. La evoluzione ne è più o meno pronta. — 2.° La sifilide presenta

tre periodi ben definiti, i quali si succedono sempre nel medesimo ordine. — 3.° I tre periodi della sifilide sono costituiti: *a*) Dal sintomo primitivo, espressione del contatto infettante sur una superficie sana. È carattere della sifilide di essere a questo periodo essenzialmente trasmissibile dal malato al sano, da una superficie infetta ad una sana. *b*) Dal sintomo secondario, espressione sulla pelle o sulle mucose di lesioni che hanno un carattere speciale, che si legano necessariamente all'accidente primitivo, e che non si manifestano che quando quest' ultimo ha esistito; lesioni che non sono contagiose pel contatto ma sono trasmissibili per eredità. *c*) Del sintomo terziario, che è espressione della medesima infezione sugli organi profondi, il tessuto cellulare, il tessuto fibroso, le ossa, e conseguenza del sintomo primitivo, ma sempre separato da codesto mercè il sintomo secondario. — 4.° Se la sifilide non è fermata e distrutta al suo primo periodo mercè un trattamento efficace, e ricompaja, la ricomparsa avviene sempre nell'ordine medesimo di successione sintomatica, senza lacune e senza interruzione ».

Esperienze sulla inoculazione della sifilide dall'uomo agli animali; del dott. Cullerier.

Questa Memoria fu già riportata in questi Annali (1) come riscontro a quella sullo stesso argomento di *Auzias-Turenne* (2).

Studj sull'operazione della cataratta per depressione; del dottor Gosselin. *Memoria letta alla Società Chirurgica di Parigi il 16 agosto 1845.*

Nella prima parte di questa Memoria l'Autore passa in revista le descrizioni dei metodi operativi proposti dai migliori Autori, e dimostra con ragionamenti, con esperienze praticate sul cadavere, e con osservazioni fatte sopra operati di cataratta col metodo della depressione, che tutti mancano di precisione, e sono imperfetti; motivo per cui i giovani chirurgi in mezzo a tanta copia di descrizioni restano imbarazzati allorchè si accingono

---

(1) *Ann. univ. di med. Vol. CXVIII, p. 411 (1846).*
(2) *Annali citati. Vol. CXIV, p. 426 (1845).*

per la prima volta ad operare, per non sapere qual sia il metodo da preferirsi.

Gli Autori che scrissero su questo argomento si possono ridurre, secondo *Gosselin*, a due grandi classi:

Gli uni credono che sia necessario e si possa abbassare al tempo stesso la capsula non lacerata ed il cristallino; gli altri vogliono che si abbassi il cristallino senza la capsula, e questi poi si dividono ancora in due gruppi. Il 1.° si compone dei chirurgi che temendo la cataratta secondaria per opacità della capsula anteriore, la vogliono far scomparire dal campo pupillare; il 2.° di quelli che si limitano a lacerare la capsula posteriore e lasciano intatta l'anteriore. Il più gran numero degli Autori parteggia per la lacerazione della capsula anteriore; avvi però discrepanza nel modo di praticarla.

Nella seconda parte del suo lavoro l'Autore pone sott' occhio le difficoltà, e quasi l'impossibilità che si incontra nel deprimere simultaneamente la lente e la *capsula anteriore*, la quale è strettamente adesa e quasi unificata colla zonnula di *Zinn*, e prova che la *capsula posteriore* rimane quasi sempre lacerata nell'atto che si infossa la lente nelle cellule del vitreo.

Il metodo proposto da *Bretonneau*, e che ha la sua origine nell'antico di *Petit* e *Ferrein* che consiste nel lacerare la capsula posteriore, e nel deprimere la lente lasciando intatta la capsula anteriore, fu riconosciuto difettoso dai moderni, perchè l'integrità conservata dalla capsula anteriore, espone quasi necessariamente ad una cataratta secondaria.

Mentre i più accreditati Autori si accordano nella necessità di lacerare la capsula anteriore per evitare la cataratta secondaria, i loro metodi riescono imperfetti, secondo *Gosselin*, perchè tutti consigliano di lacerare prima la capsula, portando l'ago contro di essa dell'avanti all'indietro, la qual cosa non riesce quasi mai, perchè una volta depressa la lente, la capsula cede sotto la pressione, e riesce quasi impossibile il deprimerla o lacerarla; inoltre si corre sempre il rischio di offendere l'iride. Per evitare questo inconveniente che costituisce, per così dire, uno dei principali scogli del metodo della depressione, l'Autore pone per principio che la capsula si deve lacerare invece dall'indietro all'innanzi.

Divide quindi l'atto operativo in quattro tempi:

1.° Introduzione secondo le regole ordinarie di un ago a lancia un pò larga a 4 o 5 millimetri dalla cornea.

2.° Trasporto dell'ago a livello della pupilla. Durante questo secondo tempo, l'istromento la cui concavità è rivolta all'indietro per non lacerare di troppo il cristallino passa al di dietro della capsula a traverso la quale si può scorgere anche lorquando è opacata.

3.° Lacerazione della capsula. Allorchè la punta dell'ago è arrivata al di là dal centro della pupilla (previamente dilatata colla belladonna) si porta il manico all'indietro, e si fa sporgere la punta in avanti come se si volesse entrare nella camera anteriore; una sensazione di resistenza vinta avverte ben tosto che l'istromento ha trapassata la pagina membranosa, e l'ha lacerata. Allora si fa eseguire all'ago un moto di rotazione per rivolgere uno dei taglienti all'indietro e l'altro all'innanzi; poscia si eseguiscono con rapidità leggieri movimenti dall'alto al basso, e dal basso all'alto sempre nel campo della pupilla, allo scopo di aumentare ancora l'estensione della lacerazione.

Questa piccola manovra è tanto più necessaria in quanto che l'ago potrebbe malgrado la volontà dell'operatore essersi impegnato davanti alla capsula, e così non averla lacerata dal di dietro all'innanzi.

4.° Tempo. Si fa la depressione o la reclinazione secondo le regole e precauzioni ordinarie. Questa manualità, dice l'Autore, non è che una combinazione di molti processi conosciuti e sembra più che ogni altra opportuna a prevenire la cataratta secondaria. Tuttavia io sono ben lungi dal ritenerla infallibile. — *In tal caso l'Autore non avrebbe che aumentato il numero dei metodi operativi, senza togliere alla depressione il principale de' suoi inconvenienti.*

L'Autore chiude finalmente la sua Memoria, richiamando l'attenzione sopra l'opacamento del corpo vitreo che può essere una conseguenza della lesione arrecata col mezzo dell'ago alle cellule della gialloidea. Egli fu condotto a ritenere possibile questa alterazione dall'aver riscontrato il vitreo di color giallo verdastro in tre cadaveri di individui, operati, vivendo, di cataratta col metodo della depressione, dall'aver trovato un'alte-

razione simile nel vitreo di due cani ai quali egli aveva a bello studio abbassata la lente.

L'Autore mentre manifesta questa sua opinione già appoggiata ad alcuni fatti, confessa ingenuamente la necessità di moltiplicare le osservazioni e gli esperimenti per rischiarare un punto sì importante per l'operazione della cataratta per depressione.

Osservazioni e considerazioni sull' utilità dell'apparecchio ad incubazione nella cura della gangrena d'ospedale; del dottor Debrou, *chirurgo all'Hôtel-Dieu d'Orleans, e membro corrispondente della Società di chirurgia di Parigi.*

L'Autore ebbe per iscopo in questo suo lavoro di dimostrare col mezzo di opportune osservazioni potersi in molti casi di gangrena d'ospedale, sostituire al cauterio attuale l'uso dell'apparecchio ad incubazione di *J. Guyot.*

Dopo aver indicato l'epoca dell'incubazione della malattia, all'Hôtel-Dieu d'Orleans, verso il finire della state 1846, il suo periodo di declinazione nei primi mesi del 1847, e finalmente una specie di stato endemico che regna ancora in una gran quantità di feriti, egli si fa a ricercare come in un ospitale di recente fabbricazione, ben disposto e fornito di suppellettili nuove, abbia potuto manifestarsi questa epidemia con una certa intensità, mentre in un ospital vecchio, l'Hôtel-Dieu, le di cui sale erano ingombre, e tanto il mobiliare quanto l'edificio in cattivo stato, la stessa malattia siasi osservata di rado. Conchiude pertanto che l'eccessivo calore della state del 1846, coincidente colle frequenti dissenterie, la miseria, il cattivo nutrimento, ed i lavori malsani sono altrettante cause che favoriscono lo sviluppo e la contagione di questa malattia.

Passa in seguito al soggetto principale della sua Memoria, all'idea ch'egli ebbe d'impiegare l'apparecchio a incubazione, come mezzo d'isolamento e come potente modificatore della superficie delle piaghe. Dopo aver discusso il valore dei varj agenti terapeutici impiegati tanto internamente quanto all'esterno, nel trattamento della gangrena d'ospitale, s'intrattiene sulla cauterizzazione col ferro rovente, l'unico mezzo considerato in oggi come il rimedio per eccellenza, e propone d'impiegare di preferenza l'apparecchio a incubazione. Prima però

di sviluppare le sue idee su questo soggetto, l'Autore si fa ad esaminare gli inconvenienti che presenta il metodo della cauterizzazione attuale. Così non si potrà negare, dice l'Autore, ch'egli è necessario, in alcuni casi, di applicarla a più riprese sulla medesima piaga: e se ciò non prova la sua inefficacia, dimostra però ch'egli è difficile impiegarla in modo abbastanza soddisfacente ed eroico. Questa difficoltà dipende da due circostanze: prima di tutto dalle condizioni istesse delle ferite che sono di frequenti anfruttuose, irregolari, solcate da ulcerazioni più o meno profonde e numerose comunicanti con seni fistolosi e coperte di sanie molle, densa e aderente, mista a frammenti sfacelati, per modo che l'azione del fuoco difficilmente si porta su tutti i punti della superficie ammalata; e secondariamente da ciò ch'egli è indispensabile che tutti i punti infetti della gangrena siano attaccati dal fuoco, dappoichè altrimenti l'affezione non del tutto estinta riguadagnerebbe ben presto il terreno che aveva lasciato. Ora non basta il stabilire delle regole teoriche per disseccare intieramente e convenientemente tutta la superficie ammollita e polposa della piaga, e il raccomandare l'uso di parecchi cauterj che abbiano forme che si adattino alle anfruttuosità e ai seni fistolosi. Praticamente è difficile, e talvolta impossibile, di conseguire a prima giunta lo scopo che si desidera, e si è obbligati, il ripeto, di rinnovare a più riprese la cauterizzazione. La cosa è chiara per chi deve trattare un gran numero di ammalati affetti da gangrena, come nei casi di epidemia. Questo risultato, se si vuole, non appartiene tanto al metodo per sè stesso, quanto al chirurgo che lo impiega; epperciò bisogna ammettere che questo mezzo è di una applicazione difficile, e sotto questo rapporto lascia a desiderare. E d'altronde il rinnovamento della cauterizzazione incontra degli ostacoli che nella pratica vogliono essere valutati. Quasi tutti gli ammalati affetti da gangrena sono deboli e assai irritabili. Le ferite e loro vicinanze sono sede per lo più di dolori assai vivi, che aumentano al più piccolo contatto, e questi poveri pazienti maltrattati dalla febbre, dal dolore e dall'insonnia, fatti pusillanimi e spaventati dalla prima applicazione di un mezzo violento che, secondo essi, è stato impiegato inutilmente, non possono decidersi a subire un nuovo tentativo.

Ammettendo anche che il cauterio attuale, convenientemente applicato, basti a combattere e a guarire la malattia, non sarà egli men certo che alcune piaghe non potranno essere cauterizzate sufficientemente senza un estremo pericolo? Allorchè la gangrena risiede immediatamente su grossi tronchi vascolari e nervosi, come si è veduto frequentemente al poplite o alla coscia, il chirurgo non si troverà egli fra il timore di giungere col ferro rovente sui vasi sottoposti, e il desiderio e fors' anche la necessità di praticare una cauterizzazione realmente efficace? Se la superficie ammalata risiede al davanti della capsula articolare del ginocchio distesa da un gran quantità di liquido non si avrà nell' uso di questo mezzo l' istesso pericolo? Io so bene che alcuni chirurghi, altrettanto abili quanto azzardosi, non si arrestarono a questi ostacoli; che *Roux* ha portato con successo il ferro rovente su di una vasta piaga che occupava la parte superiore della coscia, nel fondo della quale si scorgevano i battiti della femorale; che *Delpech* non fu meno fortunato in alcuni casi di ulcere profonde del cavo popliteo o del cavo ascellare. Ma non tutti potrebbero pretendere a questi risultati; la chirurgia è spesso esercitata da mani inesperte e poco fortunate, e in una affezione facile a incontrarsi, e funesta per sua natura, egli è bene che le risorse dell' arte non sieno al di sopra di un talento ordinario.

Le sofferenze del malato, o gli ostacoli nell' uso del cauterio attuale, non sono le sole obbiezioni che l'Autore trova di fare al metodo della cauterizzazione attuale. Ve n' ha un' altra applicabile direttamente a questo metodo, ed è ch' esso non sottrae la piaga all' influenza continua della mal aria, allorchè è caduta l' escara: e per conseguenza, se la gangrena d' ospitale continua, la piaga non tarda ad acquistare un cattivo aspetto, e la malattia ricomparisce.

Per ovviare a questi inconvenienti giova il metodo proposto dall'Autore, il quale consiste semplicemente nel collocare l'arto ammalato nell'apparecchio calefattore, o nella scattola d'incubazione di *J. Guyot*, quale viene fabbricata da *Charrière*, e come s' impiega per ottenere la cicatrizzazione delle ferite, massime dopo le amputazioni.

Questo pensiero di sostituire al cauterio attuale l'apparecchio

a incubazione, è tutt'affatto nuovo e veramente chirurgico. Con questo metodo oltre all' ovviare agli inconvenienti rimproverati alla cauterizzazione, si ha la certezza che il calorico agisce egualmente su tutti i punti della superficie ulcerata, penetrando fin nelle ultime anfrattuosità, e mentre attutisce il dolore, facilita la caduta delle escare e preserva tutte le altre parti della piaga dai cattivi effetti dell' infezione.

L' Autore appoggia la sua opinione sulle osservazioni, delle quali ne riporta parecchie coi più minuti dettagli.

Così si vede, nella prima osservazione, che la cauterizzazione attuale era stata impiegata inutilmente, che il dolore persisteva e che la malattia progrediva rapidamente, quando l'incubazione fece cessare in pochi giorni tutti questi sintomi.

Nella seconda osservazione, trattasi d'un ammalato quasi guarito di una piccola piaga alla gamba; egli si rifiuta di uscire dall'ospedale ad onta dei consigli del medico curante, e manifestatasi la gangrena nosocomiale, *Debrou* ne arrestò subito i progressi col suo nuovo metodo.

La terza osservazione è interessante per ciò che la malattia si era manifestata sulla piaga di un vescicante applicato per un idartrosi del ginocchio; in questo caso *Debrou* ebbe a lodarsi moltissimo dell'uso dell'apparecchio a incubazione, non vedendo la possibilità di impiegare senza rischio il cauterio attuale al di sopra di una sinoviale già fortemente distesa dallo spandimento.

Nel quarto caso, l'incubazione venne pure impiegata con successo per un' ulcera alla gamba, complicata da gangrena d' ospedale.

La sesta osservazione è interessantissima; trattasi di un giovine a quindici anni, sul quale *Debrou* ha dovuto praticare un' amputazione sopra-malleolare per un tumor bianco dell' articolazione tibio-tarsica: dominava allora un' epidemia di gangrena d'ospedale (31 marzo 1847); trovandosi l'apparecchio in istato da non poter servire, l' ammalato venne curato coi mezzi ordinarj. L'undecimo giorno dopo l' operazione, si manifestarono i primi sintomi della gangrena nosocomiale, e andarono crescendo rapidamente. Fu soltanto nel quattordicesimo giorno, quando lo stato del malato era già molto grave, che potè essere impie-

gato l'apparecchio a incubazione; in capo a cinque giorni s'ebbe un gran miglioramento; in breve la piaga riprese un buon aspetto, e la cicatrizzazione si compì senza nuovi accidenti

La settima osservazione è quella di un uomo a cinquantasei anni, amputato alla coscia per un osteosarcoma della tibia. In capo a ventiquattro giorni, l' ammalato presentando segni evidenti della gangrena d' ospedale, venne collocato il moncone nell' apparecchio d' incubazione, e in otto giorni la piaga era ridotta allo stato semplice.

Questi fatti dimostrano chiaramente che la gangrena d' ospedale cessò coll' uso dell' apparecchio a incubazione.

La quinta osservazione venne riportata dall' Autore soltanto per la sua rarità; trattasi di un caso grave, nel quale le semplici injezioni stimolanti bastarono a produrre la guarigione. A quell' epoca l' apparecchio a incubazione non era ancora stato praticato. L' ammalato era un ragazzo a dodici anni, in cattive condizioni, avente, in corrispondenza del ginocchio e della parte inferiore della coscia, parecchie piaghe fistolose, complicate a malattia delle ossa. *Debrou*, disperando di arrivare col ferro rovente in tutte le anfrattuosità della piaga, si contentò di fare delle injezioni stimolanti, sottoponendo l' ammalato ad un regime tonico. Il risultato, in questo caso, superò ogni aspettativa; tutti gli accidenti cessarono, e l' ammalato guarì; questo caso eccezionale però non può che annoverarsi fra i casi rari ne'quali gli sforzi della natura sono più efficaci di tutti i mezzi curativi consigliati dalla esperienza.

Ad onta di tutti i successi ottenuti con questo nuovo metodo, lungi dall' essere esclusivo, *Debrou* dice, alla fine del suo lavoro, che per giudicare questo metodo, abbisognano altri fatti, e che non si deve escludere la cauterizzazione in via assoluta; ma vuolsi limitare a un certo numero di casi, ne' quali l' apparecchio a incubazione non può essere facilmente impiegato.

(*Sarà continuato*).

Delle malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea; di Luigi Porta, *professore di Clinica chirurgica in Pavia. — Milano, Bernardoni, 1849. Un Volume di pag. 164 in-4.°, con quattro tavole in rame.*

La monografia delle malattie ed operazioni della ghiandola tiroidea dell' egregio prof. *Porta*, corredata da 4 tavole in rame, è il frutto di assidui studj, di giudiziose e replicate esperienze fatte sul cadavere e sugli ammalati, colla scorta della anatomia e della patologia, per cui la nosografia della ghiandola tiroidea venne portata al livello del movimento progressivo della scienza medica.

L'opera è divisa in 7 capi, tratta

nel I.° dell' anatomia;
nel II.° della tiroidite;
nel III.° dell' igroma;
nel IV.° dell' ipertrofia;
nel V.° delle produzioni organiche semplici;
nel VI.° delle degenerazioni scirrose e fungose;
nel VII.° della cura delle produzioni organiche semplici della ghiandola tiroidea, sì medica che chirurgica.

Dalla anatomia risulta che la ghiandola tiroidea è fornita di vasi arteriosi, venosi, linfatici e di nervi, che manca di involucro suo proprio. Ed ha invece una camiscia cellulare comune di varia crassezza, formata di più lamine concentriche, la quale isola e congiunge il corpo dell' organo, ne distingue gli elementi, e vi traduce i vasi ed i nervi. Questo inviluppo nello stato sano d'ordinario è sottile e perfettamente trasparente, per cui la ghiandola pare a nudo. Ma in parecchi casi esso è più grosso, e per poco che la ghiandola ecceda nel volume, il suo inviluppo si fa bianco, opaco, denso, di una tessitura veramente fibrosa.

Il parenchima della ghiandola nello stato di salute consta di due elementi anatomici, della tela cellulare comune e dell' acino ghiandolare, risultanti questi unicamente di minimi vasi sanguigni, per cui l'intima tessitura dell'acino tiroideo, osservato col microscopio, è un aggregato di grani e di vescicole nucleate adagiato e compreso nei fasci intrecciati della tela interstiziale.

In quanto alle arterie si rileva che d' esse si inseriscono alle estremità di ciascun lobo, che i loro tronchi si tengono verso i margini inferiori, superiori ed esterni, e che le grosse diramazioni, prima di penetrare il parenchima, d' ordinario si suddividono in una digitazione di rami minori; cosicchè, sebbene le tiroidee al di fuori siano quattro arterie considerevoli, dentro il tessuto della ghiandola, non presentano che diramazioni ed anastomosi di piccolo calibro, e quindi l' imbarazzo ed il pericolo di una grave emorragia per l' offesa di grossi vasi si incontra appena quando si vuole isolare l'esterno contorno del tumore.

Nel II.° capo parla della infiammazione della ghiandola: *tiroidite*. Dessa può essere *flemmonosa*, *reumatica*, *scrofolosa*, *eritica*, *membranacea*, *parenchimatosa*, *primitiva*, *secondaria*, *acuta*, *cronica*, *lieve*, *grave*, *semplice*, *suppurata*. — La causa disponente è quasi sempre l' intumescenza della ghiandola stessa: le eccitanti sono le cause comuni delle flogosi interne ed esterne, e fra le esterne, la più volgare è il raffreddamento; e tra le influenze interne le più ovvie sono le malattie di petto. Ha sede ora nell' inviluppo cellulare, ora nel parenchima: è totale o parziale, ecc., ecc. Non è caratterizzata da sintomi proprj onde la diagnosi desumesi dai sintomi comuni delle flogosi, applicate all' organo ed ai fenomeni di lesa funzione delle parti adjacenti. La cura è l'antiflogistica, che bene diretta, porta alla risoluzione, lasciando di frequente come postumi od esiti l'ipertrofia, il gozzo acquoso, i sarcomi, la suppurazione, ecc. Sono vantaggiosi i salassi al collo, in caso di tiroidite acuta parenchimatosa, dannose le scarificazioni per la risipola e gangrena che ne sussegue, e quando convenga dar esito alle marcie, si preferisce di incidere strato per strato anzichè usare del caustico.

Il III.° capo comprende la storia del gozzo acquoso, detto anche Idrocele del collo, Igroma od Idroma. L' igroma è molto meno frequente del broncocele, nulladimeno non si può dire malattia rara nella pratica, e fa meraviglia che sia stato finora tanto negletto da non poterne avere notizia presso gli Autori. L' igroma prende ambedue i sessi e tutte le età, sebbene sia più ovvio presso le donne e la gioventù: in origine appare sulla

superficie della ghiandola tiroidea, e si fa credere per un gozzo; ma ingrandendo si distende ed impedisce di distinguere e di mostrare i suoi rapporti colle parti sottoposte che dapprincipio apparivano assai chiari. Il tumore ne' suoi primordii giace sulla linea mediana, ovvero lateralmente su di un lobo della ghiandola: è piccolo, circoscritto, tondeggiante, teso, opaco, freddo, indolente, e fa corpo con questa; ma nella sua cresciuta può raggiungere il volume di un uovo d'oca e più. V' ha degli igromi così voluminosi che discendono dalla laringe alla metà dello sterno, nel quale stato il tumore; sebbene opaco, diventa elastico e fluttuante. Il liquido contenuto diversifica in trasparenza, colore, ecc., ecc. L' igroma del collo è costituito da una cistide sierosa nuova, nata in grembo alla ghiandola e rivestita al di fuori di una corteccia dello stesso parenchima. Può essere confuso cogli igromi che si ordiscono primitivamente nella cellulare sottocutanea del collo; ma pel collo questa origine dell' igroma è di eccezione, e per lo più la malattia procede dalla ghiandola tiroidea: onde la diagnosi si desume 1.° dai rapporti del tumore che dapprincipio fa corpo colla ghiandola; 2.° dalla qualità dell'umore contenuto, analogo a quello che si rileva in simili cistidi; 3.° dall' introduzione della tenta in seguito all'aprimento, la quale va a finire in seno alla medesima; 4.° dall'infiammazione consecutiva alla operazione del tumore.

Aggiunge quattro storie comprovanti la condizione patologica dell' igroma illustrata da due belle tavole.

Se la produzione vescicolare invece di essere circoscritta, è diffusa, dà origine alla degenerazione idatigena, malattia propria della ghiandola tiroidea, della mammella, del testicolo. La cura dell' igroma corrisponde a quella dell'idrocele, cioè la palliativa colla semplice puntura; la radicale in diverso modo; ma di preferenza si fa colla piccola incisione, promovendo la suppurazione della cistide, la granulazione e la chiusura del sacco.

Nel IV.° capo l'Autore tratta dell'ipertrofia o della alterazione organica più semplice della ghiandola tiroidea: la tessitura vi è pressochè naturale: ma quando la malattia è cronica ed in persone mature e senili l' inviluppo si inspessisce e si fa aderente, ed il parenchima si converte in una carne rossiccia, molle, fragile, omogenea, vascolare; la quale al microscopio si mostra

come un aggregato di semplici bolle nucleate e di grani, con ammassi di linfa plastica, gialliccia inorganica, e col tessuto cellulosò interstiziale bianco, massiccio, ingrossato, altre volte reso fibroso, con nuclei cartilaginei o calcarei, con sviluppo delle arterie tiroidee, delle quali le superiori con fischio simulante la varice aneurismatica; da far credere ad un' aneurisma. Per ciò alcuni Autori sull' esempio di *Filippo Walther* credettero alla possibilità di un gozzo aneurismatico; mera opinione, poichè esaminato un gozzo apparentemente aneurismatico, si rileva che le tiroidee superiori ed inferiori colle loro diramazioni sono realmente grossissime e tortuose, ma che la ghiandola nulla offre di aneurismatico; come risulta dall' autossia di un gozzo creduto un' aneurisma per anastomosi descritto dall' A. nell' osservazione sesta.

Nel capo V.° l'Autore parla a lungo del gozzo ordinariamente detto, ossia delle produzioni nuove del suo parenchima, le quali si riducono a due generi, il 1.° delle cistidi, il 2.° dei tumori parenchimatosi; le cistidi ponno essere sierose, ateromatose, steatomatose, ematodi e melanodi, così denominate a seconda delle materie contenute nelle cisti stesse. Constano le cisti di due lamine, una esterna cellulare, più o meno fitta, vascolare, aderente al parenchima ghiandolare da cui riceve una moltitudine di piccoli vasi. L' altra interna sottile, trasparente, liscia, fragile, separabile, scevra di vasi ed analoga all' ultima lamina delle membrane sierose. I sintomi proprii di queste cistidi sono quelli stessi dell' igroma, onde la diagnosi la si desume dalli stessi criterii, e la assoluta differenza di queste diverse cisti non la si ha che all'atto pratico operativo. I tumori parenchimatosi si suddividono in sarcomi, condromi, e osteomi. La diagnosi di questi diversi tumori benigni è piuttosto razionale, e non è che all'atto della dissezione o della operazione che può essere chiarita la diagnosi del tumore.

Tratta nel capo VI.° delle degenerazioni scirrose e fungose, della ghiandola tiroidea. Ritenute problematiche, perchè taciute dalla maggior parte degli Autori, ingeneransi nella ghiandola, non frequentemente, ma però non molto di rado poichè ne soggiunge il nostro Autore quattro ben dettagliate storie. È la diagnosi dei tumori maligni facilmente erronea, confondendo nel

paziente e l'encondroma e l'osteoma collo scirro, e nel cadavere il sarcoma molle, fragile e vascolare col fungo; motivo per cui non solo il semplice esame del tumore durante la vita, ma la stessa notomia del pezzo nel cadavere può qualche volta trarci in inganno. Servono però di criterii ad una giusta diagnosi la degenerazione dello stesso parenchima dell' organo, l'abito cachetico dell' infermo, la presenza di diversi focolaj della malattia in altri organi; la degenerazione delle ghiandole linfatiche, ecc. Questa tesi è messa in piena luce dall' Autore colla narrazione di quattro osservazioni di comprovate degenerazioni maligne della ghiandola tiroidea.

La cura delle degenerazioni maligne ordinariamente è palliativa, diretta a preservare il tumore, mitigarne i sintomi, facilitarne la deglutizione, ecc., onde rendere meno infelice l' esistenza dell' infermo: che se il tubercolo fosse circoscritto e desse appena sospetto di malignità, sarebbe operabile.

Il VII.° ed ultimo capo tratta della cura delle produzioni organiche semplici; e questo è divisa in due articoli, cioè in cura medica e in cura chirurgica.

La cura medica è suddivisa in due punti: cioè in terapia diretta, etiologica, se risguarda le cause; e in terapia sintomatica e risolvente se considera la condizione patologica della malattia.

Molteplici sono le cause che ingenerano il gozzo: la disposizione congenita od ereditaria, la pubertà, la scrofola, la reclusione, i disordini della menstruazione, ecc.

Fra le cause esterne v'ha la condizione del paese: per cui si ha il gozzo endemico o regionale, e il gozzo accidentale o sporadico. La gola piena o l' ipertrofia e la lenta flogosi dispongono e fomentano il gozzo. Allontanando le cause, se è possibile, si soddisfa alla prima indicazione; ma dalla sola rimozione di queste non si può lusingarsi della totale dissipazione del broncocele se non quando è nei primi stadj o procede da semplice ipertrofia. — La seconda indicazione per la cura medica del gozzo ha per iscopo lo scioglimento del medesimo mercè l'applicazione di farmaci capaci di questo effetto. Enumera l'A. una serie di sostanze tratte dai tre regni della natura, come antidoti del gozzo: parla però in ispecie del jodio e de' suoi

preparati, siccome di quello che meglio corrisponde all'intento, e dopo una lunga serie di esperimenti istituiti in diverso modo conchiude:

1.° Che l'uso esterno fatto sulla pelle sana e scevra della epidermide non dà una differenza rimarchevole; onde non esservi plausibile ragione di decampare dal metodo antico come più semplice, più dolce, e parimenti efficace.

2.° Che sia che se adoperi per uso esterno la tintura spiritosa o i diversi preparati di jodio, l'effetto solvente è sempre lo stesso; essendo però più attiva la pomata di protojoduro di mercurio e quella di joduro potassico.

3.° Che per uso interno egualmente giovano le suddette preparazioni, in onta al ribrezzo manifestato da alcuni pratici contro l'uso interno della tintura alcoolica. Però essere da preferire la soluzione di joduro di potassio.

4.° Che il jodio può essere introdotto nelle vie aeree come si fa per l'etere solforico.

5.° Che in qualunque modo amministrato, viene con prontezza assorbito, e si rileva tosto in tutti gli umori e le materie che si evacuano dall'infermo, ed in ispecie la saliva, le feci, le urine, e l'umore della respirazione.

6.° Che il jodio ed i suoi preparati amministrato per gli atrii naturali si appalesa nei focolari morbosi del nostro corpo, e viceversa.

7.° Che se il jodio è destinato ad agire, la sua efficacia si manifesta subito nei primi dieci o quindici giorni, al contrario se si mantiene inalterato difficilmente sarà per cedere a dosi maggiori e ripetute.

8.° Che l'azione solvente del jodio può essere totale, parziale o nulla; e che in alcuni individui, per speciali condizioni, può agire anche in minima dose come veleno, produrre, cioè, dimagramento generale, diminuzione o atrofia delle mammelle o dei testicoli, veglia, voracità o anoressia, tumori e convulsioni, anestesia, paralisi, tisi polmonale, tabe, morte. —

La cura chirurgica si fa quando il gozzo si rende gravoso e di pericolo pel suo volume e per i suoi rapporti. I principali fra i processi operativi che si adoperarono per la cura chirurgica del gozzo sono il caustico, il settone, la legatura delle arterie tiroidee, e l'estirpazione.

Il *metodo della cauterizzazione* proposto già da *Celso* col ferro rovente, e fatto più spesso col caustico potenziale, allo scopo di far marcire e consumare il tumore, è metodo abbandonato perchè incerto, nojoso e di pericolo.

Il *metodo del settone* già ricordato da *Ruggero* da Parma consiste nella applicazione di uno, due o più lacci attraverso la sostanza del gozzo onde suscitare una infiammazione suppurativa che lo consumi. Giova in alcuni casi, ma generalmente è insufficiente a togliere le deformità, lascia inoltre delle cicatrici profonde ed aderenti, e qualche volta espone al pericolo della emorragia.

Il *metodo della legatura* delle arterie tiroidee (superiori di un lato o di ambedue i lati) già proposto da *Lange* e da *Jones* fu primamente tentato da *Blizzard* in Inghilterra, poi da *Filippo Walther* ed anche dal prof. *Porta*, contandosi in giornata forse 25 casi, nei quali venne eseguita con diverso evento. Questo metodo è insufficiente se si lega una sola arteria od anche ambedue le tiroidee superiori; può giovare quando venga eseguita contemporaneamente la legatura della tiroidea inferiore, la quale operazione è scabra e gravosa: onde se trattasi di correggere semplicemente la deformità è operazione inutile. Ma se si pensa a sollevare il paziente dai sintomi della deglutizione e del respiro che lo aggravano, anche la semplice legatura delle tiroidee superiori, e meglio contemporaneamente della inferiore, può portare del vantaggio inducendo un leggier calo nel tumore.

Metodo della estirpazione. — L'estirpazione è operazione non nuova, e dopo *Celso* la maggior parte degli scrittori antichi e del medio evo descrivono una demolizione del broncocele; e da *Gooch* nel secolo passato fino al presente, si trovano citati 18 o 20 casi di questa operazione, de' quali circa una metà avrebbero avuto un esito felice; però la massa dei chirurghi guidati dal buon senso e dal proprio interesse la ha risguardato sempre e risguarda tuttora come una operazione inutile e ributtante pei pericoli gravi ai quali espone il paziente.

Metodo dell'Autore.—Si disse già, 1.° che le arterie tiroidee si inseriscono alla estremità di ciascun lobo, e i loro tronchi si tengono verso i margini superiore, inferiore esterno dei mede-

simi; e le grosse diramazioni prima di penetrare il parenchima d'ordinario si suddividono in una digitazione di rami minori, cosicchè, sebbene le tiroidee al di fuori sieno quattro considerevoli, dentro il tessuto della ghiandola non presentano che diramazioni ed anastomosi di piccolo calibro, e quindi l'imbarazzo ed il pericolo di una grave emorragia si incontra appena quando si vuole isolare l'esterno contorno del tumore. 2.° Che i gozzi non procedono il più delle volte da una degenerazione del tessuto; ma dalla genesi di uno o più tumori benigni in grembo al parenchima della ghiandola; dalla quale osservazione l'Autore dedusse che se l'estirpazione della ghiandola tiroidea è pericolosa, semplice al contrario è il piano proposto dall'Autore di evacuare il contenuto del tumore senza punto toccarne l'esterno contorno, senza lacerare la tela cellulare periferica, senza offendere i tronchi arteriosi, e senza denudare gli organi più nobili del collo.

Indicazioni. — Deformità grave, sintomi al collo ed al petto che rendono invalido il paziente; quindi inefficacia della cura medica. *Controindicazioni.* — L'età troppo avanzata, la soverchia delicatezza, le complicazioni di altre malattie in ispecie al petto, ecc.

Apparecchio. — Gli istromenti sono coltelli a taglio convesso, uncini ottusi, mollette anatomiche e da torsione, forbici, aghi infilati. L'ammalato si mette supino colla testa rilevata; l'operatore da un lato, dall'altro l'assistente.

L'*atto operativo* ha tre momenti: 1.° Taglio degli inviluppi esterni del collo e del secondo ventre del muscolo omoioideo. 2.° Incisione del tumore paralellamente al taglio esterno evitando i rami arteriosi, ovvero premettendone la legatura. 3.° momento: isolamento dei sarcomi o cistidi, e medicazione. Nella esecuzione di questa operazione si osserveranno tre regole: 1.° di fare un taglio esterno, unico e longitudinale sull'asse del tumore, di tre o quattro dita trasverse onde avere una cicatrice semplice e di poca deformità; 2.° di esaminar bene alla superficie del lobo che sorte, se vi hanno arterie, onde declinarle nella sezione o legarle; 3.° di compiere studiosamente lo snocciolamento del tumore.

La ferita guarisce per prima, ma comunemente per seconda

intenzione; la cura consecutiva deve essere diretta a moderare l'infiammazione locale o generale. — Sei storie ben dettagliate di gozzi dall'Autore operati col suo metodo convincono dell'utilità e preferenza di questo per la cura radicale del gozzo.

Della cataratta traumatica; *del dott.* M. Tavignot. — Fino a qual segno una cataratta prodotta da causa traumatica differisce da una cataratta avvenuta spontaneamente? — In primo luogo la spontanea è il più sovente lenticolare, la traumatica è capsulare o capsulo-lenticolare. Le cataratte traumatiche sono quasi sempre dal più al meno molli, mentre la maggior parte delle spontanee sono dure e consistenti. Oltre a ciò nelle cataratte spontanee non v'è d'ordinario associata niuna infiammazione dell'occhio o sue attinenze, la quale necessariamente esiste nella forma traumatica. Questa infiammazione può dar origine ad adesioni fra l'iride e la cristalloide anteriore, o ad una condizione dolorosa dei nervi ciliari, che si riflette sempre più o meno sulla retina, producendovi in processo di tempo uno stato di indebolimento o d'amaurosi. E non si è abbastanza fatto calcolo dell'effetto dell'infiammazione della cataratta stessa. Finchè l'infiammazione continua, l'opacità o s'aumenta o rimane stazionaria, essendo fenomeni fra loro incompatibili l'infiammazione e l'assorbimento. La cataratta non si trova d'ordinario che in un occhio solo, mentre nella spontanea ambi gli occhi vengono generalmente o successivamente o simultaneamente affetti. Quantunque l'esperienza del dott. *Tavignot* non confermi che la cataratta traumatica d'un'occhio possa dar origine ad una spontanea nell'altro, pure egli è lungi dal negare la reciproca influenza dei due occhi, sebbene non dimostrata fino a tal punto. Noi abbiamo, per vero, una prova della sua esistenza nell'irite simpatica che si sviluppa in un occhio per l'azione infiammatoria riflessa dalla cataratta traumatica dell'occhio opposto; e, come osserva il dott. *Petit*, anche la cataratta può benissimo prodursi nell'occhio sano, non già precisamente perchè ella esiste in quello offeso, ma pel grado d'infiammazione simpatica che ha preso sede in quello. L'ultimo punto di differenza è, che mentre la cataratta spontanea, nel suo processo di formazione tende sempre, benchè in un tempo vario, a

farsi completa, la traumatica prodotta e mantenuta dall'infiammazione, non ha ulteriore tendenza, cessata cha sia l'infiammazione, a progredire. Ciò è vero in ispecie relativamente alla capsula anteriore, la quale può rimanere per tutta la vita, parte opaca e parte trasparente.

La lesione traumatica può agire o col produrre semplice contusione, o coll' aprire dal più al meno la capsula. Il risultato più costante di una *contusione* al globo dell' occhio è un' effusione di sangue nelle camere dell' occhio, la quale impedisce dapprincipio di verificare l' esatta entità della lesione. Ma nel fare una prognosi rispetto alle lesioni visibili, non dobbiamo mai dimenticare che il globo è stato soggetto ad una vera concussione, i cui risultamenti possono essere uno stato di paralisi della retina accompagnato o scompagnato da dilatazione della pupilla. Gli altri diversi tessuti dell' occhio possono parimenti essere più o meno pericolosamente offesi, e la lente diviene opaca, in conseguenza delle sue relazioni colle parti vicine, ora prese da infiammazione acuta. La cataratta traumatica primaria può in alcuni casi essere semplicissima e limitarsi nei suoi processi infiammatorii all' apparato cristallino, con pochissima reazione generale; ma la cataratta traumatica consecutiva è sempre accompagnata da molte alterazioni morbose dell' interno dell'occhio, essendo essa stessa una delle complicazioni di questi diversi elementi morbosi.

La cataratta traumatica con soluzione di continuità nella capsula può essere meglio considerata praticamente sotto tre diversi capi:

1 º Vi può essere una semplice puntura, o una leggiera ferita della capsula anteriore. Essa cicatrizza agevolmente, ma rimane sempre una ben definita opacità opalina, alcune volte circoscritta, altre gradatamente diffusa sulla capsula, cui rende inetta alla visione. Nel caso di questa diffusa opacità, è raro che non si osservi nei tre primi giorni un qualche spostamento della lente sul dinanzi, in modo da spingere l' iride avanti nella camera anteriore. La pressione rende l'iride convessa, più o meno dilatata e quasi immobile. Non è che in fatto il cristallino siasi spostato; ma sotto l' influenza dell' infiammazione della cristalloide, è avvenuta un' idropisia intracapsulare, che ha spinto in-

nanzi la capsula anteriore. In questo periodo è talmente forte l'opacità, che la visione è affatto tolta; pure la lente tuttavia conserva la sua trasparenza, e non la perde che col lungo contatto col liquido nuovamente formato.

2.° La capsula si è aperta per una notabile estensione, ed irregolarmente sospingendo innanzi un labbro della ferita, il quale o è libero o aderente al margine pupillare, che può esso pure essere o intatto o diviso. Allorchè una ferita della capsula rimane così aperta, senza alcuna tendenza a cicatrizzare, la membrana lacerata diviene rapidamente opaca, le sue labbra si accartocciano sovra sè stesse, e sia che rimangano libere e fluttuanti o che contraggano adesioni colle parti circostanti, il risultato è in tutti i casi piuttosto di dilatare che di diminuire l'estensione dell'apertura. Sarà possibile che il cristallino così situato in condizioni affatto nuove, ed in contatto coll'umore acqueo, sia preservato dalla distruzione? In alcuni casi crede l'A. che desso conservi la sua vitalità normale dopo la distruzione o la perdita della sua capsula. Molti chirurghi l'hanno veduto conservare la sua trasparenza, dopo perduta la capsula, sia che conservasse la sua posizione normale o che fosse spinto nella camera anteriore. Finchè conserva la sua trasparenza non viene assorbita; ma divenuto una volta opaco, si ammollisce, ed è assorbito in un periodo più o meno lungo. Nella maggior parte dei casi una lente scoperta diventa presto o tardi opaca, prende un colore bianco latte, si ammollisce, e infine scompare. Il suo assorbimento può avvenire in due modi. Può rimanere *in situ*, racchiusa nella capsula ferita, e allora l'assorbimento si effettua con somma lentezza; ovvero il corpo opaco si divide in frammenti che successivamente si separano, e cadendo per l'apertura della capsula entro la camera anteriore, vengono rapidamente assorbiti. Resta peraltro la capsula, la quale può essere un ostacolo alla visione, quantunque non assoluto, a cagione dell'apertura fattavi dalla ferita. D'altronde non è raro il caso che questa apertura accidentale si dilati gradatamente fino a raggiungere il diametro della pupilla medesima, — ottenendosi così una completa guarigione.

3.° La capsula si è aperta estesamente, e la lente si è più o meno avanzata sia verso, sia entro la camera anteriore. Que-

sto grado di lesione è in generale prodotto da corpi contundenti, e la lente non è in questo, come nell' ultimo caso, spostata a cagione della rottura della sua capsula, ma ha rotto la sua propria capsula a cagione della violenza dell'offesa. Talvolta l' apertura è insufficiente, e la lente rimane, per così dire, strozzata. La lente può essere lussata innanzi o indietro, e nel primo caso essere trattenuta da una pupilla troppo ristretta (la quale però essa supera d' ordinario agevolmente) e produrre allora una pericolosa irite. Giunta che sia nella camera anteriore, dà origine talvolta ad infiammazione acutissima, tal altra solo a leggiera reazione. Nel primo caso si fa rapidamemte opaca, nell'altro conserva la sua trasparenza.

Nel *corso* della cataratta traumatica, noi dobbiamo distinguere fra il periodo dello sviluppo e quello della risoluzione. Il primo è di breve durata, occorrendo bentosto l' opacità; ma l' altro vien generalmente prolungato dalla persistente azione infiammatoria, che deesi primieramente dissipare; ed in parecchi casi, ove non avvenga una guarigione spontanea, la cataratta continua per un tempo indefinito.

La *prognosi* in questa cataratta è sfavorevole in confronto a quella della spontanea, e ciò in proporzione alla durata dell'infiammazione. *Mackenzie* è l' unico Autore che abbia indicate le circostanze patologiche che rendono possibile una guarigione spontanea di queste cataratte. Ciò dipende dall' essere o non essere lacerata la capsula. Se essa si mantiene aperta, si può abbandonare il caso alla natura, secondando con mezzi opportuni l'assorbimento, e togliendo le complicazioni. Se la capsula è intatta, o la ferita si è riunita, noi dobbiamo preparare il paziente ad una futura operazione, togliendo l' infiammazione attualmente in corso. (*Gazette des Hôpitaux*, *N. 14, 26*).

Della coagulazione del sangue della vena porta; *del dott.* Fr. C. Schmid. — Fra gli accidenti ai quali va soggetto il sangue separato dell'organismo vivente ha sempre risvegliata l' universale attenzione degli investigatori l'alterazione del medesimo conosciuta coll'appellativo di coagulazione: essa però non mancò di dar origine ad una serie grandissima di teoriche, di asserzioni, di presunzioni, ecc., dirette a chiarirla. Rimandando il ten-

tativo di una soddisfacente spiegazione della causa di questo ancor sempre problematico fenomeno, al dominio della fisiologia speciale, ci occuperemo qui preferibilmente degli accidenti percettibili del fenomeno.

In che stato troviamo noi il sangue della vena giugulare e quello della porta nel cadavere umano? — È un fatto ben noto ad ogni pratico notomista, l'impedimento arrecato nelle sezioni, quando avviene qualche imprevveduta incisione in una vena, dallo effondersi di sangue semi-grumoso nei tessuti. Già questo accidente sta per uno stato di mancante coagulazione, in senso stretto, del sangue venoso nei vasi del cadavere.

Io ebbi occasione di esaminare il sangue della vena giugolare nelle nostre esercitazioni del teatro anatomico, e nelle numerose sezioni cadaveriche da noi eseguite. Questo sangue si mostrò sempre colle apparenze di un liquido denso, della consistenza del miele; se la vena si legava in due punti, e quindi veniva incisa, ne usciva il sangue cupo e denso: in questa massa si osservarono sempre, senza eccezione, nuotare delle particelle grumose di sangue coagulato vischioso, spugnoso, il quale aderendo alle interne pareti delle vene chiudeva l' intiero lume del vaso.

Questi coaguli sanguigni vischiosi e in forma di piccole masse laciniate li trovai sempre nel sangue dei cadaveri più o meno fluido (fuori i casi nei quali ha luogo un' evidente decomposizione patologica del sangue), e non solo nella vena giugolare, ma anche negli altri più grossi vasi, per esempio, nella vena cava, nella vena safena magna, ecc.

I medesimi cadaveri che mi servirono per l'esame del sangue della giugulare, li investigava parimenti per farne comparazione col sangue della porta. Se il tronco della vena porta veniva legato, e si incidevano le vene longitudinalmente, mediante un coltello, il sangue ne sgorgava fuori in modo assai più rapido, e assai più liquido che non era con tutte le altre vene. Agitato dolcemente entro un recipiente di vetro cilindrico, esso mostrò la medesima liquidità che noi troviamo nel sangue di porco appena sgorgato e versato in simile bicchiero.

Credo molto interessante per me la osservazione di non aver mai trovato di tanta grandezza e in egual numero le suddescritte

masse di sangue coagulato, che nei mentovati vasi sanguigni, e nella maggior parte dei casi di averli veduti o mancare affatto, e rarissimi e piccolissimi, e di consistenza così tenue da dividersi sotto la pressione del dito. Il sangue delle vene della milza anch'esso aveva costantemente questa consistenza di liquido aquoso, e non lasciava menomamente vedere alcun grumo di sangue rappigliato. Le mie sperienze confermano adunque pienamente l'asserzione degli antichi medici: che il sangue della vena porta e della splenica, nel cadavere umano si trovi sempre fluido. Se poi il sangue della porta privato dell'aria manchi della capacità di coagularsi, se il sangue fluido della porta degli umani cadaveri sia sangue dapprima coagulato e in seguito ridivenuto liquido, potrà venire chiarito dalle seguenti sperienze istituite sopra sangue fresco di animali, e nelle quali mi sforzai di determinare il processo della coagulazione, e principalmente l'epoca nella quale ha luogo realmente la separazione del siero dal crassamento, indi la qualità del crassamento, e finalmente il carattere differenziale nella coagulazione di ambedue le specie di sangue fra loro paragonate.

(Sieguono otto osservazioni particolarizzate sul sangue della porta comparato a quello della giugulare, e due sul sangue della vena splenica paragonato a quello della giugolare dello stesso animale. Le principali conclusioni sono le seguenti):

1.° Il sangue della vena porta nel cadavere umano si trova costantemente liquido, e non manifesta mai alcun grado di coagulamento analogo a quello che si scorge nel sangue delle vene giugolari.

2.° Il sangue della vena porta degli animali appena uccisi subisce soltanto una imperfetta coagulazione gelatiniforme, o ciò che è più frequente, non gelatinizza mai, ma si mantiene completamente fluido.

3.° Questa tendenza alla coagulazione gelatinosa ha luogo preferibilmente nel sangue della porta che presenta colore meno cupo, e che s'avvicina nel colorito al sangue delle altre vene; mentre il rimanere nello stato di fluidità è proprio del sangue portale di colore profondamente cupo ed avvicinantesi al nero.

4.° Una differenza essenziale, e che è impossibile di non vedere nelle mentovate specie di sangue, sta in ciò che, quando

si forma, principalmente dal sangue della porta, una placenta gelatiniforme, essa nella maggior parte dei casi si rompe di nuovo o in tutto o in parte dopo un certo tempo, mentre il sangue della giugolare forma una placenta soda, facilmente movibile nel recipiente, e la quale mantiensi inalterata, laddove ne' casi accennati, la gelatina discioglientesi del sangue portale offre appena qualche cosa di analogo ad una placenta nella formazione di un sedimento al fondo del vaso.

5.° Il sangue della vena splenica manifesta invero una coagulazione, ma imperfetta, e la quale consiste nella formazione di una placenta molle, gelatiniforme, che dopo alcune ore di nuovo disciogliesi.

6.° Le obbiezioni elevate da *Tiedemann* e *Gmelin* contro le osservazioni degli antichi fisiologi che deponevano trovarsi il sangue della porta sempre fluido nei cadaveri umani, si possono spiegare, come già *Schultzenstein* fece, osservando che il sangue della porta, quando è entrato in uno stato analogo a quello del coagulamento, dopo il gelatinizzamento può ancora per intiero, o per la maggior parte, di nuovo squagliarsi. Il sangue della porta di color cupo mostra una tale caratteristica nella sua coagulazione, e la ragione potrebbe benissimo trovarsi (come vedremo), nella tenuissima quantità di fibrina contenuta.

7.° Le osservazioni di *Michelotti*, *Abildgoard*, *Autenrieth*, *Berthold*, *G. Davy*, *Heusinger*, *Schulz*, *Simon*, ecc., convengono tutti nel risultamento, che la consistenza del crassamento del sangue venoso è più debole di quella del sangue arterioso. *Nasse* si unisce a loro, e asserisce d'avere egli pure osservata una tale differenza consistere nella maggiore mollezza della placenta venosa in confronto della arteriosa, differenza percettibile anche nel sangue delle rane. Per le mie proprie esperienze, molte volte ripetute, posso anch'io confermare i risultamenti già ottenuti da *Roloff*, *Senac*, *Heusinger*, *Sömmering*, *Schultz*, *Thackrah*, *Simon*, e dire: Che il coagulo sempre imperfetto del sangue della vena porta, si distingue essenzialmente dal sangue della giugolare per la sua minore contrazione, più soffice consistenza, maggiore mollezza, decisa propensione a disciogliersi, e suo reale squagliamento.

Appendice. Una osservazione del veterinario di Londra *Viues*,

che ogniqualvolta il sangue del cavallo si mostra più cupo, per qualunque motivo, esso è sempre meno ricco di ossigeno, la coagulazione di esso, quando avviene, è meno pronunciata, ed ha luogo sempre più tardi, e in modo più imperfetto, mi indusse ad alcune esperienze sulla quantità di acido carbonico contenuta nelle due specie di sangue. In mancanza dell'apparecchio di *Magnus* per la determinazione quantitativa, dovetti, dapprima, limitare le mie ricerche a rispondere alla quistione: se il sangue della giugolare e della porta contiene realmente gas acido carbonico; e se quantunque rapidamente si sviluppi se ne contenga prevalentemente nell'uno o nell'altro sangue.

L'apparecchio da me impiegato consisteva in tre bocce, la prima delle quali serviva allo sviluppo dell'idrogeno, e il quale, mediante un tubo ripieno di potassa caustica, veniva tradotto nella seconda boccia contenente il sangue. Allo scopo però di non vedere interrotto l'esperimento dal forte spumeggiamento del sangue posi nel secondo collo di questa seconda boccia un tubo di vetro, per mezzo del quale la spuma del sangue venisse tradotta in una terza boccia vuota, la quale, alla sua volta, mediante un tubo disposto nel suo secondo collo, e assicurato con caoutchouc, comunicava colla quarta ed ultima boccia, contenente acqua di calce.

Io evitai in ogni caso il metodo, a mio avviso, non affatto sicuro, e sempre cagione di perditempo, pel quale si agita immediatamente con bastoncini di vetro entro un recipiente il sangue sgorgato dalla vena, per un certo tempo: io preferii di ricevere immediatamente il sangue sgorgante dalla vena in una soluzione concentrata di sale comune, e lo agitai, durante il suo uscire dal vaso, con un bastoncino vitreo per brevissimo tempo, solo allo scopo di mescolare completamente il sangue colla soluzione salina.

Prima che l'ultima boccia ripiena di acqua di calce venga posta in comunicazione coll'apparecchio, lasciai scorrere per 4 o 5 minuti l'idrogeno attraverso l'apparato, onde scacciarne tutta l'aria atmosferica, e con esso l'acido carbonico che essa contiene. Univa poscia, mediante la quarta boccia, col tubo conducente il gas, mediante gomma elastica, e l'aqua di calce cominciò subito a intorbidarsi, in proporzione dello sviluppo del gas

idrogeno. Quest'intorbidamento ebbe luogo in tutti gli sperimenti, tanto col sangue delle vene giugolari, quanto con quello della porta, in un tempo presso a poco eguale; ciò non ostante coll'ultimo l'intorbidamento fu incontrastabilmente più intenso, e una volta incominciato, progrediva più rapidamente che col sangue della giugolare. Dopo un certo tempo, sì in un caso che nell'altro, l'acqua di calce depose un precipitato di carbonato di calce. Il sangue della giugolare, come quello della porta, contengono indubbiamente acido carbonico, ma quest'ultimo in maggiore quantità.

Il siero del sangue della giugolare lo rinvenni nel cavallo, nel cane, nel gatto, nei conigli, ecc., sempre di colore gialliccio, volgente alquanto al verde pallido, chiaro, ma poco trasparente. Il siero del sangue portale invece lo trovai in tutti i miei esperimenti di colore rosso-mattone pallido. *Heusinger* espone il desiderio che il microscopio chiarisca questo fenomeno; e le mie ricerche microscopiche, intese alla soluzione di questo problema mi condussero al risultato, che, nel siero del sangue portale si trovano dei corpuscoli sanguigni sospesi, i quali comunicano al siero il suo rosso coloramento. E se a quest'osservazione aggiugniamo quella sopra mentovata della consistenza fioccosa del crassamento sanguigno, nel quale la mancanza di legame fibrinoso, favorisca la disgressione de' corpuscoli rossi, noi avremo facilmente una spiegazione di quest' apparenza.

L'asserzione di *Simon*, che il siero separato dal sangue della porta contenga, invero, globuli di grasso, ma nessun globulo linfatico, e che il siero del sangue venoso contenga globuli linfatici, ma non globuli di grasso, non potei confermarla nelle mie osservazioni sul sangue della giugolare, perchè nel siero del sangue portale insieme a corpuscoli grassi trovai, a non dubitarne, solamente alcuni corpuscoli linfatici, e nel siero del sangue della giugolare, insieme ai globuli linfatici non rinvenni che qualche globetto grasso. Nel siero del sangue giugolare notai un evidente sapore salato, nel siero del sangue portale vi riscontrai ancora un secondo sapore amaro grasso, analogo al sapone.

Come risultato adunque di molte e replicate esperienze può ammettersi

1.° Che il siero del sangue portale appare aumentato relativamente e assolutamente;

2.° Che esiste una essenziale differenza fra il siero della giugolare e quello della porta, in ciò che quest'ultimo è costantemente più rosso, mentre il primo ha il colore giallo del vino bianco;

3.° Che la gravità specifica del siero del sangue giugolare è maggiore di quella del sangue della porta. (Heller's *Archiv. IV Jahrgang* 5 *heft*; dagli *Annali di Chimica*, *gennajo 1849*).

Analisi comparata del sangue arterioso e del sangue venoso; dei dottori Poggiale *e* Marchal De Calvi. — In un malato affetto da infiammazione cerebrale, in seguito ad una risipola, si praticarono simultaneamente un salasso all' arteria temporale ed uno alla vena della piegatura del braccio. I due sangui arterioso e venoso furono analizzati colla più grande cura. Ecco il risultato di tale analisi:

	Sangue arterioso	*Sangue venoso*
Materie solide	177,54	181,59
Acqua	822,46	818,41
	1000,00	1000,00

	Sangue arterioso	*Sangue venoso*
Acqua	822,46	828,39
Fibrina	6,17	6,08
Albumina	66,03	61,37
Globuli	97,46	106,05
Materie grasse	1,20	4,29
Cloruro di sodio . . .	3,15	3,29
Sali solubili	2,10	2,19
Fosfato di calce . . .	0,79	0,76
Sesquiossido di ferro . .	0,63	0,58
Perdita	0,11	0,89
	1000,00	1000,00

Quest' analisi è interessante in ciò che essa indica l' elevazione della fibrina nel sangue arterioso procedere parallela a quella della fibrina del sangue venoso; ed in ciò che ad una relativa diminuzione de' globuli nel sangue arterioso corrisponde

un aumento nell' albumina. Del resto l' analogia fra i due sangui è assai grande. (*Ivi*; dal *Journ. de Pharm. et de Chim.*, *novemb.* 1848).

Sulle acque minerali contenenti arsenico. — Dopo l'osservazione di *Tripier* fatta nel 1839 sulle acque minerali dell' Algeria, e quella di *Walchner* sull' arsenico contenuto nei depositi ocracei di antiche sorgenti ferruginose, l' arsenico s' è ricercato in molte altre fonti minerali, e vi venne così frequentemente ritrovato, che esso vuolsi ora annoverare fra i principii mineralizzatori della maggior parte delle acque ferruginose. Le acque nelle quali il ferro esiste allo stato di carbonato, disciolto per mezzo di un eccesso di acido carbonico, ne contengono, si può dire, tutte. Quelle nelle quali il ferro è allo stato di solfato se ne credettero dapprincipio esenti, ma già lo si è rinvenuto in qualcuna di esse. Alcune acque che non appartengono alla classe delle ferruginose, per esempio quelle di Vichy, sono state trovate anch' esse contenere arsenico. La maggior parte delle sorgenti non sono state ancora rianalizzate sotto questo punto di vista, cosicchè si può supporre che pareechie di esse sono arsenicali.

Come l' arsenico, anche l' iodio che sembrava essere il privilegio di un piccolo numero di acque minerali, è riconosciuto tutti i giorni in nuove sorgenti, ove era sfuggito alle prime analisi. Avverrà egli lo stesso anche dell' antimonio, che *Walchner* ha scoperto al tempo stesso che l' arsenico e il rame nelle acque di Wiesbaden? Questi fatti sono atti a convincere i medici dell' importanza delle acque minerali, e della loro più intima conoscenza, della differenza che esisterà sempre fra le acque minerali naturali e le artificiali fabbricate, ad imitazione, nelle farmacie, e condurranno i medici a trovare più soddisfacenti spiegazioni degli effetti terapeutici dalle sorgenti minerali spiegati, come pure a cogliere indicazioni più precise per consigliare i pazienti a farne uso.

In nessuna delle acque minerali finora conosciute non si trova l' arsenico in quantità veramente tossica, e neppure avvicinantesi a questa poichè la sua proporzione si valuta a milionesimi. Nel seno delle sorgenti la cosa è differente, e il composto ar-

senicale vi esiste in proporzione di molto più forte. Ma arrivate le acque al contatto dell' aria esse lasciano depositare la più gran parte di questo composto, per cui esso trovasi assai facilmente, coll' analisi, nel deposito delle sorgenti stesse. Non v' ha dunque fondamento ad alcuna apprensione sulla possibilità di accidenti tossici per l' ingestione di qualunque quantità delle acque arsenicali conosciute. Ma questo non toglie che il fatto delle acque minerali arsenicali possa mettere qualche complicazione nelle questioni di medicina legale.

Ecco il metodo più sicuro per la ricerca dell' arsenico nelle acque minerali, secondo *Chevallier*.

Si fanno evaporare le acque (almeno 10 litri) a siccità, poi si tratta il residuo coll' acido solforico per mezzo del calore onde distruggere le materie organiche. Il prodotto solforico, trattato coll' acqua, viene introdotto, dopo la filtrazione, nell' apparecchio di *Marsh* semplice, allorquando non si vogliono raccogliere che macchie, o in un apparecchio di *Marsh* a tubi, allorchè si vuole ottenere un anello arsenicale.

Per la carbonizzazione *Filhol* preferisce l' uso dell' acido azotico, addizionato di alcune goccie di acido solforico, e in tutti i casi raccomanda di operare al coperto, onde non lasciar volatilizzare una parte dell' arsenico.

Le acque minerali di Francia che si trovarono contenere arsenico, sono quelle di Bagnères, di Bigorre, di Cassejouls, di Cayla, di Villecelle, di Rueff, di Sainte-Quitterie-de-Tarascon, d' Aulus, di Sainte-Madeleine-de-Flourens, di Doulaux, di Pougues, di Chateau-Gonthier, di Bussang, di Crausac, di de l' Eperviere, di Martigné-Briand, di Lorry, di Fenu, di Royat, di Saint-Mart, di Jaude, d' Hermonville, di Vichy, d' Haute-rive, di Cusset, di Châteldon, di Plombières, di Bourbon-les-Bains, di Châtenois, di Soultzbach, di Soultzmatt, di Wattveiller, di Niederbrunn.

Le acque minerali fuori di Francia finora riconosciute arsenicali sono le acque di Griesbach, di Rippoldsan, di Rothenfelds, di Cannstadt, di Wiesbaden, di Schwalbach, di Ems, di Pyrmont, di Lamschied, di Brohl, di Ragoczy, di Pandour, di Bruckenan, di Spa.

Le acque minerali francesi che non contengono arsenico sono

quelle di Passy, di Forges, di Coulommes, di Pargny, di Jony, di Boursault, di Montigny, di de la Marcquerie, di Château-Thierry, d'Amiens, di Condé, di Saint-Remy-l'Honoré, di Saint-Amand, di d'Alet, di Saint-Allyre, di Saint-Firmin. (*Annali di Chim.*, *gennajo* 1849).

Usi della castagna d'India; *dei dottori* Flandin *e* Rognetta. — La castagna d'India, frutto del castagno d'India (Æsculus hippocastanum, L.), riceve ora una applicazione di alta importanza mercè le cure del dott. *Flandin*, medico-chimico conosciuto pe' suoi notevoli lavori di tossicologia chimica fatti in comune col dott. *Danger*. Il dott. *Flandin* giunse a scoprire il mezzo di sbarazzare la polpa della castagna d'India del suo principio amaro, e di rendere perciò questo bel frutto applicabile all'alimentazione dell'uomo come il pomo di terra: di modo che ciascun albero di castagno d'India deve essere considerato come un campo di pomi di terra, molto più che i frutti in quistione sono per la loro amarezza medesima naturalmente preservati da qualunque attacco di vermi od insetti rodenti. La polpa di ciascuna castagna si compone di due elementi indipendentemente del principio amaro: di fecula e di un parenchima d'inviluppo di materia azotata simile a quella del grano. Liberati dal principio amaro, questi due elementi somministrano una farina perfettamente bianca, applicabile alla panificazione, alla formazione dell'amido, della destrina, dell'alcoole, dei cataplasmi ammollienti, ed anche alla pasticcieria a buonissimo prezzo. In una delle ultime sedute dell'Accademia delle scienze di Parigi il dott. *Flandin* ha presentato a questo corpo di scienziati dell'eccellente pane fatto con un 1/4 di farina di castagna d'India ed un 3/4 di farina di frumento, e dei biscotti deliziosi fatti colla sola farina di castagna d'India con zuccaro ed uova.

Per fare il pane non basta la fecula, abbisogna altresì del glutine; di qui la necessità di aggiungere per questo uso la farina di frumento. Del resto quante felici applicazioni in igiene ed in terapeutica non riceverà la scoperta del dott. *Flandin*! Vi sono due principii utilizzati: il principio amaro come medicamento e la fecula come alimento e come materia di topici chirurgici. Diciamo dapprima come l'Autore eseguisce la separa-

zione del principio amaro, e quindi la preparazione della nuova fecula. Il dott. *Flandin* ci mostrò praticamente nel suo laboratorio il suo modo di operare, ed è come testimonii oculari che ne parliamo.

Processo operatorio. 1.° *Tempo.* — Si prendono dei marroni d'India, si spogliano della loro scorza con un coltello e si grattuggia il frutto interiore come il formaggio. Si può lasciare dal toglier loro la scorza, e grattuggiarli tali quali cadono naturalmente dall'albero; ma per questo è necessario un apposito apparecchio. La scorza grattuggiata col frutto interiore sarebbe facilmente separata col mezzo della lavatura e colla decantazione, giacchè essa è più leggiera e galleggia nell'acqua; ma questo non è, noi lo ripetiamo, che un affare di fabbricazione che noi appena accenneremo. Aggiungiamo che la polpa è grigiastra, molle ed umida per l' acqua che naturalmente contiene. Se il frutto fosse vecchio e secco converrebbe macinarlo invece di grattuggiarlo, ciò che tornerebbe a meglio come processo di fabbricazione, quindi immollare la farina nell' acqua nel momento di operare e fare una specie di pasta.

2.° *Tempo.* — Si prende una quantità qualunque di polpa grattuggiata che si mette in un vaso; si aggiunge 1/100 di carbonato di soda polverizzata, si mescola insieme esattamente impastando il tutto colla mano. A misura che s' impasta e che vi si incorpora la polvere, la pasta divien gialla, di un giallo-paglia assai pronunciato. Questo coloramento dipende dalla combinazione della soda col principio amaro nel frutto che forma un sale solubile di soda. Importa che questa colorazione sia esatta, giacchè ne dipende, come si vede, la separazione del principio amaro, ed in conseguenza la depurazione della polpa. S' intende già che il carbonato di soda è decomposto; e che la base si appropria il corpo grasso che è il principio amaro, il quale funziona, in quest' operazione, come acido. Noi vedremo però subito che in un'altra operazione questo medesimo principio esercita al contrario la parte di alcali.

3. *Tempo.* — Si mette la pasta gialla precedente in uno staccio, si pone questo staccio sopra un vaso, un bacino di majolica, per esempio, e si fa cadere sopra la pasta un piccolo filo d'acqua. Si rimescola intanto la pasta col mezzo di un piccolo

cucchiajo di legno come per sciogliérla nell' acqua che la traversa. La pasta così disciolta passa a poco a poco in totalità a traverso lo staccio coll' acqua che la trascina nel bacino sottoposto. Dal momento che questo passaggio è completo, si toglie lo staccio e si aggiunge nel bacino più o meno acqua, se non ve n'era a sufficienza, perchè il tutto sia ben distemperato, come una crema che si metta a fuoco. Si distempera ancora il tutto con un cucchiajo, e si lascia il vaso in riposo per alcuni istanti perchè la fecula abbia il tempo di posare in fondo al vaso. Il liquido galleggiante è giallo, e si compone d'acqua contenente in dissoluzione la soda combinata col principio amaro delle castagne.

4.° *Tempo.* — Si decanta l'acqua gialla del bacino, e si trova al fondo la sostanza delle castagne ridotta in pasta bianca come carta da lettere: questa è fecula eccellente che disseccata sopra carta bibula costituisce della farina senza gusto, come la fecula delle patate. Non v' è alcuna perdita di polpa di castagne, se non è la piccola quantità di olio giallo che costituisce il principio amaro, e che è restato nell'acqua di decantazione. Durante la precipitazione della fecula si forma alla superficie del vaso della schiuma come di bianco d' uovo; è saponina e mucilaggine od albumina. Questa schiuma contiene un pò di fecula; il dott. *Flandin* la riprende e la fa ripassare per lo staccio col mezzo di un filo d' acqua, e la fecula è strascinata in totalità come quella della pasta precedente. Qui termina l'operazione. Noi abbiamo da un lato la fecula depurata, dall' altro il principio amaro combinato colla soda nell'acqua gialla di decantazione. Se si vuole ora avere il principio amaro si filtra il liquido giallo, si riduce coll' ebullizione, si separa la soda col mezzo di un acido, e il corpo grasso resta nell' acqua, d' onde si può estrarlo facilmente. Il dott. *Flandin* ci ha mostrati parecchi campioni di questo corpo: è una materia semiliquida, analoga alla cera vergine mischiata a miele nerastro, che fa risovvenire facilmente la caramella un pò abbruciata. Trattato cogli acidi forti fa la parte di base, si combina e forma un sale grezzo, di un giallo carico, offrente la forma di piccoli grumi di caramella piuttosto che di un sale perfettamente cristallizzato. Il dott. *Flandin* si applica a purificare questo prodotto prima di

introdurlo nella materia medica sotto il nome di *Esculina*, titolo già applicato a questo prodotto fin dal 1832 dal sig. *Canzoneri* di Palermo, come vedremo tosto. Noi abbiamo ora, dal punto di vista medico, a studiare quattro oggetti: prima l'albero detto castagna d'India, il suo frutto, la di lui farina depurata, e l'olio amaro sia allo stato isolato sia combinato con altri corpi.

L'*hippocastano*, o l'albero chiamato comunemente castagno d'India, ha somministrato un tempo la scorza de' suoi rami alla terapeutica come sostanza riputata amara ed astringente, siccome tant'altri vegetali. L'epiteto d'ippocastano aggiunto al suo nome botanico significa *castagno pei cavalli*, perchè il suo frutto era altre volte sotto forma di farina, mischiato alla crusca, amministrato ai cavalli come rimedio profilatico e curativo della bolsaggine od enfisema polmonare. Con egual ragione si sarebbe potuto chiamare *porcocastanum*, perchè in Francia le castagne d'India si danno in molte località come alimento ai porci. La scorza dei giovani rami d'ippocastano non fu impiegata in medicina che partendo dal principio del XVIII secolo tanto in Italia che in Francia. Se ne usò come di febbrifugo in luogo del solfato di chinina. Se ne raccoglieva la scorza di primavera, e la si preferiva sempre fresca. Fu pubblicata una quantità di Memorie sopra questo soggetto, ma i risultati terapeutici furono assai variabili, ed essendo d'altronde la china relativamente più efficace, e non essendo troppo cara, si continuò a dar la preferenza a questa scorza. La si riduceva in polvere o in decozione. La dose della polvere era di 16 a 32 grammi (mezz'oncia a un'oncia), si mischiava a cremor di tartaro e la s'incorporava nel miele. Se ne serviva per ispolverare escare gangrenose. Noi crediamo che ancora al dì d'oggi si potrebbe trarre un vantaggioso partito della decozione di scorza di castagno d'India come tisana stomatica nei convalescenti di malattie acute e nei clorotici, e come liquido detersivo nella cura delle piaghe e per le infezioni vaginali, massime nelle ammalate povere della campagna e delle città dove l'ippocastano si incontra facilmente. Il frutto del castagno d'India non fu impiegato, come abbiamo veduto, che in veterinaria. Egli è probabile tuttavia che si potrebbe trarne partito nella medicina

umana allo stesso titolo delle scorze dell'albero. Per questo si potrebbero far bollire le castagne, e preparando in seguito la polpa in differenti maniere addolcendola e profumandola. Questo medicamento sarebbe ed alimentare ed ipostenizzante cardiaco vascolare. Si potrebbe forse prescrivere utilmente agli etici, agli scorbutici, ecc. A Parigi sin qui non fu usato che come oggetto di toeletta. Se ne fa della farina che si profuma e si spaccia sotto il nome di *pasta di mandorle* per imbiancare le mani. Niente impedirebbe di servirsene utilmente come cataplasmi emollienti sia facendo cuocere e schiacciare la polpa delle castagne, sia facendola grattuggiare ed impiegar cruda, come le patate crude che si prescrivono in questo modo agli scorbutici. I cataplasmi di castagne d'India sarebbero tanto più vantaggiosi in quanto alla loro qualità emolliente e mucilagginosa. Si aggiunge l'assorbimento dell' olio amaro che noi possiamo considerare come ipostenizzante od antiflogistico. In questo momento il frutto in quistione non ha a Parigi altro prezzo materiale che quello della mano d'opera per coglierlo, mentre le patate sono ad un prezzo notevole, massime trattandosi di procurarsene grandi quantità. Dall' altro lato non s' ignora che il prezzo dei cataplasmi di farina di semi di lino è assai elevato a Parigi: dippiù non si ha generalmente che cattiva farina mischiata con segatura di legno. Si potrebbe far cuocere le castagne al forno, macinarle, far colla loro farina i cataplasmi, ecc. Questo soggetto val dunque la pena d' essere sperimentato massime per l' uso degli spedali.

La *fecula depurata* della castagna d' India interessa più direttamente come sostanza alimentare che come soggetto di materia medica. Tuttavolta la chirurgia, come abbiamo detto, ne trarrà partito dietro ta sua riduzione in amido ed in destrina. Facciamo ora rimarcare in quanto alla scoperta del dott. *Flandin* che il principio di questa invenzione era stato posto ed applicato già da lungo tempo, e che non si comprende come potesse essere dimenticato. Si legge in un'opera conosciuta: « *Parmentier* credeva che sbarazzando completamente questa fecula (la polpa della castagna d'India) dal suo principio amaro, per mezzo della macerazione in un'acqua alcalina, si potrebbe farne pane passabile. Uno di noi ha verificato con alcuni saggi che

questa fecula facilissima ad ottenersi allo stato di purezza offre vantaggio come alimento sopra quella stessa delle patate». *Merat* et *Delens*, « Mat. méd. », T. I, pag. 90).

Questi due Autori non hanno invero riferito in qual modo i saggi di cui parlano erano stati fatti, ma il processo di *Parmentier* è formale. Nondimeno è giusto convenire che non vi era fin qui che una semplice indicazione (la macerazione nell' acqua alcalina) e che il processo del dott. *Flandin* deve essere considerato come nuovo, giacchè egli non macera la polpa, ma la impasta al momento col sale alcalino. È a presumersi in conseguenza che si potrebbe ottenere alle sorgenti di acque minerali di Vichy la depurazione della polpa delle castagne d'India colla semplice lavatura a meno che l'iodio, l'arsenico e gli altri sali di queste acque non pregiudicassero la purezza del prodotto.

L'*Esculina*, nome dato da *Canzoneri* di Palermo all'olio amaro della polpa del marrone d'India (*Merat* et *Dolens*, Tom. I, p. 87), era stata presentata dal chimico siciliano come materia alcalina. Tuttavia l' esame di parecchi chimici francesi non ha confermato tale classificazione, e si fu d'accordo a considerare questo corpo grasso come una sorta di estratto. (« Journ. der Pharm. », Tom. XIX, p. 539, Tom. II, p. 47). Noi non sappiamo sotto qual punto di vista questa materia sarà presentata dal dott. *Flandin* in un importante lavoro che egli prepara in questo momento; ma per noi terapeutici, questa quistione poco importa. Ciò che c'interessa principalmente si è che il principio di cui si parla possa essere facilmente isolato col mezzo del processo del dott. *Flandin* che abbiamo descritto, ed in seguito prescritto come rimedio sotto differenti forme. Tutto ancora resta a farsi sotto questo punto di vista, e non possiamo che far voti perchè i medici, massime degli spedali, vogliano occuparsene, ed esperimentarlo nelle malattie diverse nelle quali si ha l'abitudine di prescrivere ordinariamente i chinacei. Esso non può certamente mancare di efficacia massime combinato cogli acidi forti, come nei campioni mostrati dal dottor *Flandin*. Questo prodotto interessa la terapeutica sotto un duplice punto di vista, e perchè è di natura organica e perchè indigeno. (*Annales de thérap.*, *par* Rognetta. Novembre 1848).

Caso di blennorragia avvenuto in un'uretra perforata; del dottor M. Ricord. — Venne ammesso nell'ospedale un giovane di 24 anni, il quale nella sua età d'anni sette si era legato con cordicella il pene: il che aveva prodotto mortificazione, a cui conseguì uno stringimento circolare al punto di unione fra i due terzi anteriori, ed il terzo posteriore dell'organo. Tanto anteriormente che posteriormente a questo stringimento, evvi un'apertura in cui si può introdurre un istromento, e l'orina passa tutta per l'apertura posteriore. L'erezione ha luogo come in condizione normale, ed un mese prima della sua ammissione, il paziente aveva contratta una blennorragia per la quale non aveva ancora fatta niuna cura. Lo scolo, che era abbondante, occupava ambe le porzioni del canale. Al 3 febbrajo gli fu prescritto il copaive internamente, prendendo cura che l'orina non venisse in contatto colla parte anteriore del canale; e col giorno 8 lo scolo dalla porzione posteriore, dalla quale fluiva l'orina, era del tutto cessato. Fu allora prescritto al paziente che lasciasse passare l'orina per la porzione anteriore, la quale non aveva per anco subìto cangiamento alcuno nella quantità dello scolo; ed in pochi giorni la malattia guarì anche in questa porzione non meno che nell'altra.

Questo caso ed altri simili mentovati dal dott. *Ricord*, provano, osserva egli, che l'azione specifica del cubebe e del copaiba, non dipendono altrimenti da un'azione revulsiva o da modificazione della condizione del sangue, ma dalla loro diretta e locale azione sulle parti ammalate, colle quali vengono poste in contatto per mezzo dell'orina in cui si contengono. L'orina imprime in queste sostanze una certa modificazione non imitabile dall'arte; poichè in qualunque modo s'introduca cubebe o copaiba con injezioni, esse non solo non giovano, ma riescono eziandio nocive. (*L'Union médicale, N. 46*).

Dell'influenza del sistema nervoso sulla produzione dello zuccaro nell'economia animale; del dott. Bernard. — La relazione più particolarizzata che finora si conosca di questa scoperta è quella fatta dal dottor *Bernard* medesimo alla Società filomatica di Parigi e che nell'« Institut » (25 aprile 1849) leggesi nei seguenti termini:

« Ho trovato che la ferita di una certa parte del cervelletto provoca negli animali l'apparizione rapida di una grande quantità di zuccaro nel sangue e nelle orine. Prima di dire come fui condotto a scoprire questo fatto singolare ne indicherò le principali circostanze.

1.° Sopra conigli nutriti con crusca, carotte ed erbe, e nel momento di piena digestione, ho ferito il pavimento del ventricolo del cervelletto un pò al di sopra dell'origine dei nervi dell'ottavo pajo. Bentosto, cioè tre quarti d'ora, un'ora, o un' ora e mezzo dopo quest' operazione, ho constatato che l'orina era, come nei diabetici, zuccherina per la presenza di zuccaro della 2.ª specie. Di più le orine dei conigli, che prima dell' esperienza, e nelle circostanze indicate, si erano mostrate torbide e alcaline, sono diventate abitualmente chiare, acide e più abbondanti dopo la ferita del cervelletto. Questo cambiamento di reazione nelle orine, però, non sembra necessariamente legato all'apparizione della materia zuccherina, giacchè in alcuni conigli la reazione alcalina ha persistito insieme all' evacuazione di una grande quantità di zuccaro.

2.° Ho praticata la medesima ferita del cervelletto sopra conigli sottomessi all' astinenza da 24 o 36 ore, ed aventi in questo caso, come l'ho già dimostrato, orine chiare, acide, prive di carbonati e ricchissime d'urea. Nei conigli tenuti in questo modo a digiuno, lo zuccaro comparve egualmente e in grande proporzione. Le orine conservarono, in questo caso, la loro apparenza e la loro acidità. Io mi assicurai inoltre, che il sangue de' conigli resi così artificialmente diabetici, è carico di una grande quantità di materia zuccherina.

3.° Negli animali carnivori, la ferita del cervelletto provoca la produzione dello zuccaro non meno bene che negli erbivori. Sopra un cane adulto, nutrito da tre giorni esclusivamente con carne, nel momento che trovavasi in piena digestione ho ferito il pavimento del ventricolo cerebellare al di sopra dell'origine dei nervi pneumogastrici. Venti minuti dopo l'operazione constatai già la produzione dello zuccaro, e l'orina raccolta 3 ore più tardi conteneva 15 per 100 di zuccaro della seconda specie, ossia analogo a quello de'diabetici. L' orina del cane, esaminata avanti l' esperimento, era acida

e ricchissima di urea e di fosfati. La composizione restò la la medesima anche insieme all'evacuazione della materia zuccherina. Il sangue esaminato conteneva egualmente molto zuccaro.

4.° Dalle sperienze che precedono risulta dunque che la ferita di un certo punto del cervelletto determina la produzione di materia zuccherina tanto negli animali erbivori, che nei carnivori.

Queste sperienze furono spesso riprodotte, e ripetute avanti i membri della Società di biologia, presieduta da *Rayer*, e al Collegio di Francia nel corso di *Magendie*. Io continuo queste ricerche e presto ne pubblicherò i risultamenti completi ».

Del melena nei bambini; *del dott.* Rilliet. — Il dott. *Rilliet* uno degli Autori dell' opera classica « Sulle malattie dei bambini », prende occasione da un caso venutogli a notizia di emorragia intestinale in bambini, per presentare un sunto di quanto si conosce intorno a questo soggetto. I casi ch' egli riferisce sono unici, in quanto che sono esempi di una malattia così rara avvenuta in gemelli. Il primo bambino quantunque non fosse grosso, era ben conformato, ed aveva fortemente strillato dopo la nascita. Il meconio erasi fatto evacuare coll' olio di ricino; il bambino aveva poppato, e pareva stesse bene in ogni riguardo, allorchè parecchie ore dopo nato evacuò due o tre volte pretto sangue, divenne pallido e freddo come morto, e incapace d' inghiottire. Esso strillava, ma non aveva nè vomito nè convulsioni. Si applicarono all' addome compresse fredde, mantenendogli però il calore alle estremità; si fece uso di ratania tanto per clisteri come per applicazioni esterne; ma siccome i clisteri erano sempre espulsi con nuovo sangue, si continuò colle sole applicazioni esterne. Il bambino si riebbe gradatamente dopo sei evacuazioni sanguigne. Mentre questo bambino era tuttavia in istato allarmante, l' altro gemello fu preso da vomito e catarsi di sangue, e gli venne applicata al modo medesimo decozione di ratania sul ventre. Esso si ristabilì quantunque l' emorragia continuasse in questo più ostinata. Rimasero entrambi in buona salute, ma per lungo tempo assai pallidi.

Diversi Autori hanno attribuito quest' affezione a varie cause,

ma un' analisi dei casi stati pubblicati induce il dott. *Billiet* a dubitare dell' efficienza di molti fra quelle assegnate, quali, per esempio, sono lo stato di salute dei genitori, la natura del travaglio, la troppa pronta recisione del cordone, lo stato di debolezza o di pletora dell' infante, la presenza di materie irritanti negl' intestini, una violenza esterna o la rottura di vasi; e quantunque l' affezione avvenga d' ordinario dal primo al quarto giorno, la si osservò perfino al sesto, all' undecimo, al duodecimo; ed i maschi vi sembrarono più soggetti che le femmine. Il dott. *Rahn-Escher*, di Zurigo, crede che molto dipenda da influenza ereditaria, in quanto che venga comunicato al figlio uno stato morboso degli organi digestivi della madre. Codesto supposto parrebbe essere meglio appoggiato in quei casi in cui i genitori stessi andarono soggetti ad emorragie, o in cui lo furono simultaneamente o successivamente parecchi dei loro figli. *Billard* asserisce che fra quindici bambini morti di questo, la maggior parte erano rimarchevolmente pletorici; ma l' esperienza d' altri non concorda col di lui asserto. Molti osservatori patologi convengono nel dire che non vi sia alcuna lesione vascolare importante, trovandosi talvolta la membrana mucosa niente più injettata del naturale; altri hanno trovato le vene addominali ingorgate di sangue, e la membrana mucosa rammollita e arrossata. Lo stato del tubo intestinale naturalmente injettato nel bambino, può agire come causa predisponente, allorchè v' è atonia dei vasi o ostruzione alla circolazione addominale. La difficoltà con cui si stabilisce alla nascita la circolazione, specialmente dove il polmone sia imperfettamente dilatato, può esercitare qualche influenza.

L' emorragia è conseguita in molti casi al meconio, ma senza essere preceduta da niun sintomo premonitorio. Essa è d' ordinario abbondante e frequente, fortemente colorata, e o fluida o coagulata in parte. L' ematemesi, quantunque più rara, può nondimeno essere abbondante; ed *Ettinger* dà un caso in cui fu evacuata una libbra di sangue per vomito e per seccesso. Talvolta l' ematemesi è più abbondante che l' emorragia intestinale, ma non occorre mai scompagnata da questa. L' emorragia può raggiungere il suo punto massimo in ventiquattr' ore; ma esso può protrarsi fino al terzo o al quinto giorno, ed in casi rarissimi perfino al decimo.

Di 23 casi nei quali si tenne nota dell'esito, 12 guarirono e 11 morirono. Fra i 12 guariti 9 lo parvero compiutamente, ma negli altri 3 la costituzione era deteriorata. Nel trattamento della malattia si tentarono in diversi casi ora i demulcenti, ora gli astringenti, gli acidi minerali e l'uso interno del freddo, ed altre volte applicazioni al ventre e clisteri. Il dott. *Rilliet* opina il trattamento migliore consistere nell'esporre il bambino all'aria aperta, tenendone al tempo stesso calde le estremità, nell'applicazione di astringenti all'addome, e nell'attenta scelta del cibi, e, se lo stato dell'infante lo esige, degli stimoli. (*Gazette médicale*, 1848, *n.*° 53).

Sulla composizione dei sali del sangue, e sulla loro relazione colla formazione dei calcoli vescicali; *del dott.* M. Verdeit. — L'Autore stabilisce che le proporzioni dei diversi composti salini nel sangue, sono moltissimo influenzate dalla natura della dieta, e che il sangue d'animali nodriti esclusivamente di carni è ricco in fosfati con basi alcaline, e con pochissimi carbonati alcalini; laddove il sangue degli animali limitati a dieta vegetabile presenta la condizione inversa, trovandovisi invece in gran quantità i carbonati alcalini, ed essendovi pochi i fosfati. Queste differenze non si presentano solamente fra i sali del sangue degli animali carnivori ed erbivori rispettivamente, ma anche fra quelli dell'animale medesimo nodrito per qualche tempo con dieta vegetale ed animale esclusivamente. Così il sangue di un cane mantenuto per diciotto giorni di carne diede 12-75 parti di fosfati alcalini in 100 di ceneri; ma allorchè venne per quindici giorni mantenuto in parte a pane e patate, la proporzione discese a 9 per 100; « e se », dice l'Autore, « avessi potuto mantenerlo a dieta esclusivamente vegetabile, la proporzione sarebbe discesa a 2 o 3 per cento come nel sangue del bue o della pecora ». Se queste osservazioni si confermano, esse saranno per avere un'importante significato circa al trattamento delle malattie di calcoli, giacchè i depositi orinarii consistono nella più dei casi o d'acido urico o di fosfati. Ora l'acido urico è poco solubile nell'acqua, e ancor meno nell'orina acida (ciò non concorda coi risultamenti di *Liebig*, che furono su questo punto confermati anche da altri); ma esso è

reso molto più solubile dalla presenza degli alcali nell' orina. Ora, siccome l'acidità dell' orina è dipendente da eccesso d' acido fosforico, e che questo proviene da una dieta animale, ne viene che è indicata una dieta vegetabile, la quale renderà l'orina alcalina come quella degli animali erbivori. D' altra parte, se i fosfati costituiscono i materiali del deposito, la loro quantità nel sangue e nell' orina potrà diminuirsi al modo medesimo. (*Gazette médicale*, 2 *juin* 1849).

Sulle cause e sul trattamento della sordità ne' vecchi; del dott. J. Toynbee. — È opinione generalmente sparsa fra i medici che la sordità che si manifesta nei vecchi sia il risultato dell' affievolimento graduale e naturale della facoltà uditiva, e per conseguenza è un' affezione al di sopra delle risorse dell'arte. Questo supposto è evidentemente basato sull' opinione che tutti gli organi perdono della loro attività a misura che la vita si avvicina al suo termine, e che l' udito non possa sottrarsi a questa specie di legge. Per comprenderne peraltro tutto l' arbitrario, non occorre che di guardare intorno a sè, e di vedere che un gran numero di persone conservano in una età avanzatissima un udito estremamente fino. Il dottor *Toynbee* è andato più oltre; egli ha voluto assicurarsi direttamente delle cause che potevano così portare del disordine nell' adempimento di questa importante funzione, e dall' esame anatomo-patologico è arrivato a questa conclusione che la sordità, ne' vecchi, riconosce per causa non già un' atrofia delle parti costituenti dell' apparato uditivo, nè un indebolimento della potenza nervosa, ma bensì: 1.° uno stato di ingrossamento della membrana mucosa timpanica, 2.° l' ingrossamento della membrana del timpano, e 3.° la presenza di lacinie e d' aderenze che riuniscono le diverse parti comprese nella cavità timpanica, e queste sotto le pareti della cassa. L' esame dell' orecchio praticato durante la vita in vecchi affetti da sordità viene ancora in appoggio di queste viste patologiche. Infatti la membrana del timpano non offre altro di particolare che un aspetto un pò più bianco dell' ordinario; l' aria penetra con facilità nell' orecchio medio e senza far sentire nessun romore particolare, infine l' udito è più cattivo nei tempi freddi ed umidi. Quanto alle cause che

determinano queste malattie dell' orecchio nei vecchi, il dottor *Toynbee* le attribuisce alle abitudini increscevoli che contraggono i vecchi, principalmente al loro soggiorno continuo in camere calde e ben chiuse, al loro difetto di esercizio all' aria aperta alle loro irregolarità di regime, ed alla prolungata sospensione delle funzioni traspiratorie della cute.

Noi potremmo contentarci di questa analisi del lavoro del dott. *Toynbee* per dare un' idea dell' importanza della questione che ha suscitata; ma crediamo di dover mettere sotto gli occhi dei nostri lettori, con alcuni dettagli, una breve esposizione delle dissezioni intraprese da questo abile anatomico. La prima è quella dell' apparato uditivo d' una signora di 87 anni, che da soli due anni aveva provato un indebolimento dell' udito che le aveva reso necessario l'uso d' un cornetto acustico. La pagina fibrosa della membrana del timpano era bianca e un pò ingrossata, e questa membrana era più concava e più tesa che all' ordinario; la mucosa della cavità timpanica era sana, ma v' erano delle aderenze che congiungevano fra loro gli ossicini e questi alle pareti della cassa: queste aderenze formavano due gruppi distinti, l' uno collocato fra l' incudine, la parete interna del timpano e la staffa, e l'altro che riuniva la testa del martello ed il corpo dell' incudine con la parete esterna del timpano. Il primo gruppo si divideva in due porzioni, di cui l' una aveva una mezza linea dall' alto al basso e tre quarti di linea dall' esterno all' interno, riunendo la parte anteriore della lunga branca dell' incudine a quella parte della parete esterna del timpano che è posteriore alla finestra ovale, congiunta da piccole fibre alla superficie superiore della staffa non che ad una piccola membrana che si estendeva fra le due branche di quest' ultimo osso; l' altra si estendeva dalla parte superiore della lunga branca dell' incudine alla parete interna del timpano, dietro alla precedente. Il secondo gruppo di aderenze si estendeva dalla testa del martello e del corpo dell' incudine, direttamente all' infuori, fino alle pareti ossee del timpano superiore, e indietro fino all' inserzione della membrana del timpano. In altro caso, d' un uomo di 87 anni, morto d' accidente e sordo da molti anni dall' orecchio sinistro, la membrana mucosa del timpano era ingrossata, e la cavità timpanica conteneva una gran quantità

d'un muco biancastro, denso e tenace che trovavasi anche nelle cellule maistoidee. In un terzo caso, numerosi adesioni congiungevano le membrane del timpano alla parete interna della cassa, circondando gli ossicini ch' esse nascondevano interamente. In un quarto caso, in un uomo di 73 anni, sordo da molti anni, la membrana mucosa timpanica era talmente ingrossta che nascondeva la staffa e formava un cuscinetto intorno agli ossicini. In un uomo di 94 anni, la membrana del timpano era distrutta da un lato ma non compiutamente; una porzione di questa mambrana aderiva al promontorio; più nessuna traccia del martello, ma l' incudine rimaneva attaccato alla staffa, che era quasi nascosta sotto la mucosa ingrossata; ingrossamento della membrana delle cellule mastoidee; malattia e ammollimento del pavimento della cassa timpanica; dal lato opposto vi era carie del pavimento superiore del timpano bucato da fori che mettevano in contatto la dura madre e la mucosa timpanica; la membrana del labirinto era atrofiata, e la base della staffa era sporgente nella cavità vestibolare. In molti casi, fra gli altri in una donna di 79 anni morta d' una gangrena senile, ed in altra donna d' anni 65, la staffa aveva contratto colla fossa ovale delle adesioni, che nel primo caso giungevano ad anchilosi completa.

Ma non bastava aver fatto conoscere le cause della sordità nella vecchiaja, bisognava altresì dimostrare che questa sordità si può combattere con mezzi terapeutici, e ciò è quanto si è fatto dal dottor *Toynbee*, e non solo egli ha ottenuto in certi casi un gran miglioramento, ma ben anche delle guarigioni perfette. Fra queste abbiamo notato il caso di un uomo di 84 anni nel quale la facoltà uditiva si andava gradatamente indebolendo da tre anni, massime dalla parte destra, poichè dalla sinistra la sordità non aveva incominciato che da sei mesi; il paziente non poteva udire che col mezzo del cornetto acustico; la membrana del timpano era intatta ma biancastra e opalina; l' aria penetrava nella cassa con un piccol romore di gorgogliamento. Il paziente fu messo all' uso dei mercuriali in dose alterante; in capo a tre settimane v' era miglioramento, e in due mesi guarigione completa. A questi mezzi il dottor *Toynbee* ha talvolta aggiunto delle applicazioni topiche sull' orifizio esterno del

meato con una soluzione di nitrato d'argento (2 a 8 grammi di sale per 30 grammi d'acqua distillata). In altri casi, queste applicazioni furono fatte colla detta soluzione per tutta l'estensione del meato e fino alla membrana del timpano (ma in quest'ultimo caso la soluzione era meno forte di 30 centigrammi per 30 grammi). Nei casi in cui si sospettasse una congestione indicata da romori particolari, erano applicate sanguisughe al disotto delle orecchie; infine si facevano applicazioni irritanti tutto intorno all'orecchio. Il dottor *Toynbee* ajuta l'azione di tutti questi mezzi con un regime regolare, come le passeggiate all'aria aperta, la lontananza dal fuoco, l'astinenza dal vino, altrimenti che dilungato con acqua, ecc. (*Montly Journal*, febbrajo e marzo 1849).

Resezione dell'omoplata; *del prof.* Fergusson. — Si trova nei diversi Trattati di chirurgia moderna delle osservazioni di resezione dell'omoplata, praticata nello stesso tempo che la disarticolazione della spalla, per delle malattie della articolazione o dello stesso omoplata. Il più delle volte queste operazioni non hanno compreso che piccole parti dell'osso: la spina, l'acromion, la cavità glenoidea, o al più i tre quarti dell'osso. Peraltro in alcuni casi si è praticata la resezione dell'intiero osso con porzione o anche la totalità della clavicola, per causa di malattia secondaria, sopraggiunta dopo la disarticolazione della spalla; infine, in certi casi si è praticato simultaneamente l'ablazione dell'estremità superiore e delle ossa della spalla. Evidentemente i chirurghi che hanno osato ricorrere a questa ardita operazione, *Cumming*, *Mussey Mac Clellan*, *Gaetam-Bey*, *Rigaud* e *Gilbert* vi sono stati condotti dai diversi casi d'ablazione della estremità superiore, violentemente prodotta dalle macchine, con degli accidenti poco o nulla formidabili. Il fatto di *Fergusson*, che sotto un certo aspetto si avvicina a quelli dei chirurghi qui sopra menzionati, nulladimeno si distingue per le straordinarie circostanze ed eminentemente sfavorevoli, sotto le quali fu praticata l'operazione. — Un uomo di 33 anni che aveva servito come soldato in diversi paesi del mondo, e che sette anni prima era stato colto da una gravissima malattia nella spalla destra, per la quale gli si era praticata l'amputazione del braccio all'articolazione e la resezione di una parte della cavità glenoidea, entra nell'ospitale il 13 gennajo. Egli si era ristabilito molto bene, la sua salute era migliorata ma la piaga non si era giammai intieramente cicatrizzata. Dopo un anno, si era formato un ascesso alla parte anteriore del petto, ascesso accompagnato da sollevamento della cicatrice ed enfiamento della parte inferiore del collo; tutte le parti molli componenti la spalla erano

comprese da tumidezza; la cicatrice che si estendeva dall'acromion alla parte inferiore e posteriore dell'ascella era aperta in molti punti; in corrispondenza della clavicola, al di dietro della scapola, al davanti della regione pettorale, non si contavano meno di 13 fistole, delle quali 11 comunicavano coll'osso. Eccetto un poco di tosse, la salute dell'ammalato era assai buona. Intanto la suppurazione era considerevole, e questo disgraziato si diceva rifinito dalla continua irritazione che manteneva questo stato morboso della spalla; quindi accettò l'operazione che gli viene proposta. Questa operazione fu praticata il 6 febbrajo, nella seguente maniera: l'ammalato, antecedentemente eterizzato, è situato in posizione mezzo sdrajato: *Fergusson* taglia la cute, dalla metà esterna della clavicola fino all'acromion; dopo furono incisi i tessuti fin a che si ebbe un sufficiente passaggio per far scorrere un coltello da amputazione ordinario sotto questo osso, a due pollici della sua estremità esterna; fatto questo, la clavicola fu separata con un tratto di sega, indi un'altra incisione fu praticata lungo la spina dell'omoplata, a partire dall'acromion, fino alla base di questa spina, una incisione della lunghezza dagli otto ai dieci pollici fu praticata dall'alto in basso a partire dall'acromion, scoprendo il tragitto della primitiva cicatrice, la pelle e i sottostanti tessuti ingrossati furono distaccati da ciascun lato col mezzo di attenta dissezione, in modo di mettere perfettamente a nudo e di poter prendere colla mano l'estremità esterna della clavicola, l'acromion e l'apofisi coracoidea. La scapola fu tratta al di fuori dalla mano sinistra dell'operatore; mentre la sua mano destra armata di bistourì, taglia gli attacchi del grande dentato, del trapezio, dell'angolare dell'omoplata, e del romboide; in questa maniera l'omoplata ed i suoi muscoli furono completamente distaccati dal corpo. L'arteria sotto-clavicolare era compressa sotto la prima costa e l'ammalato non ebbe che leggier perdita di sangue. Si legò l'arteria ascellare, che era stata scoperta; i bordi della piaga furono diligentemente riuniti con dei punti di sutura; dei pannolini inzuppati nell'acqua fredda furono applicati sulla piaga, e l'ammalato fu ricondotto al suo letto senza che si fosse accorto di ciò che gli era stato fatto. Le conseguenze di questa operazione furono delle più semplici; la febbre fu moderata, le legature caddero al decimo giorno; due giorni dopo, si estrassero alcuni lembi di tessuto cellulare sotto-cutaneo, che si erano distaccati. La suppurazione e la cicatrizzazione progredirono regolarmente. Il 10 marzo, l'ammalato incomincia a sortire dal letto; e il 5 maggio, parte per la campagna, in uno stato lodevole, ma la piaga non era del tutto cicatrizzata. Da questa epoca, andò sempre migliorando, acquistò carni e forze; tuttavia ebbe ancora alcuni piccoli ascessi sul petto, ma che presentavano piuttosto l'aspetto strumoso che quello da ascessi per carie, e che sembravano non voler invadere la restante porzione della clavicola. Un anno dopo l'ammalato era ancora perfettamente sano. (*Archives générales de médecine, maj 1849*).

Tavola prima. Catetere uterino

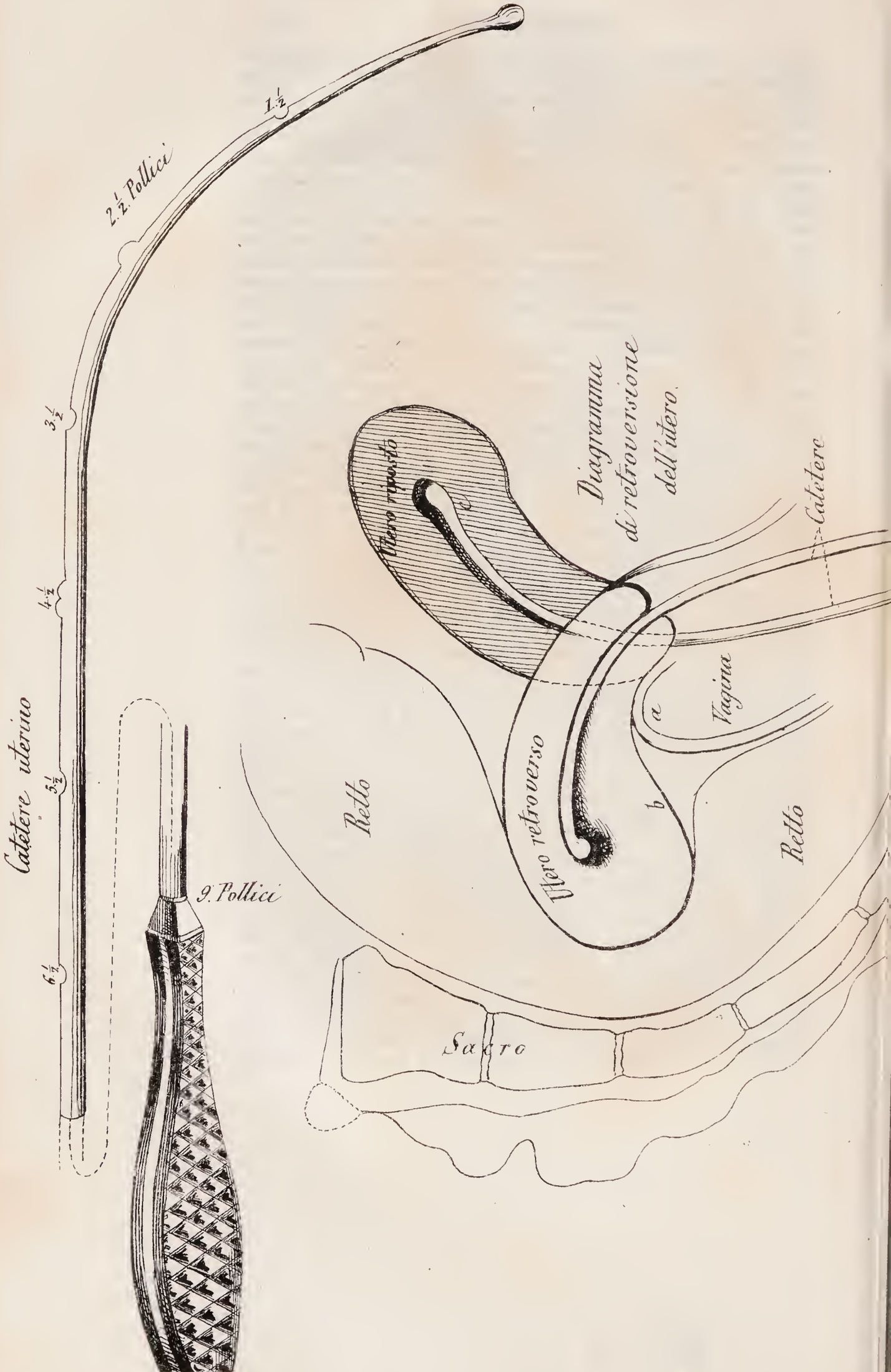
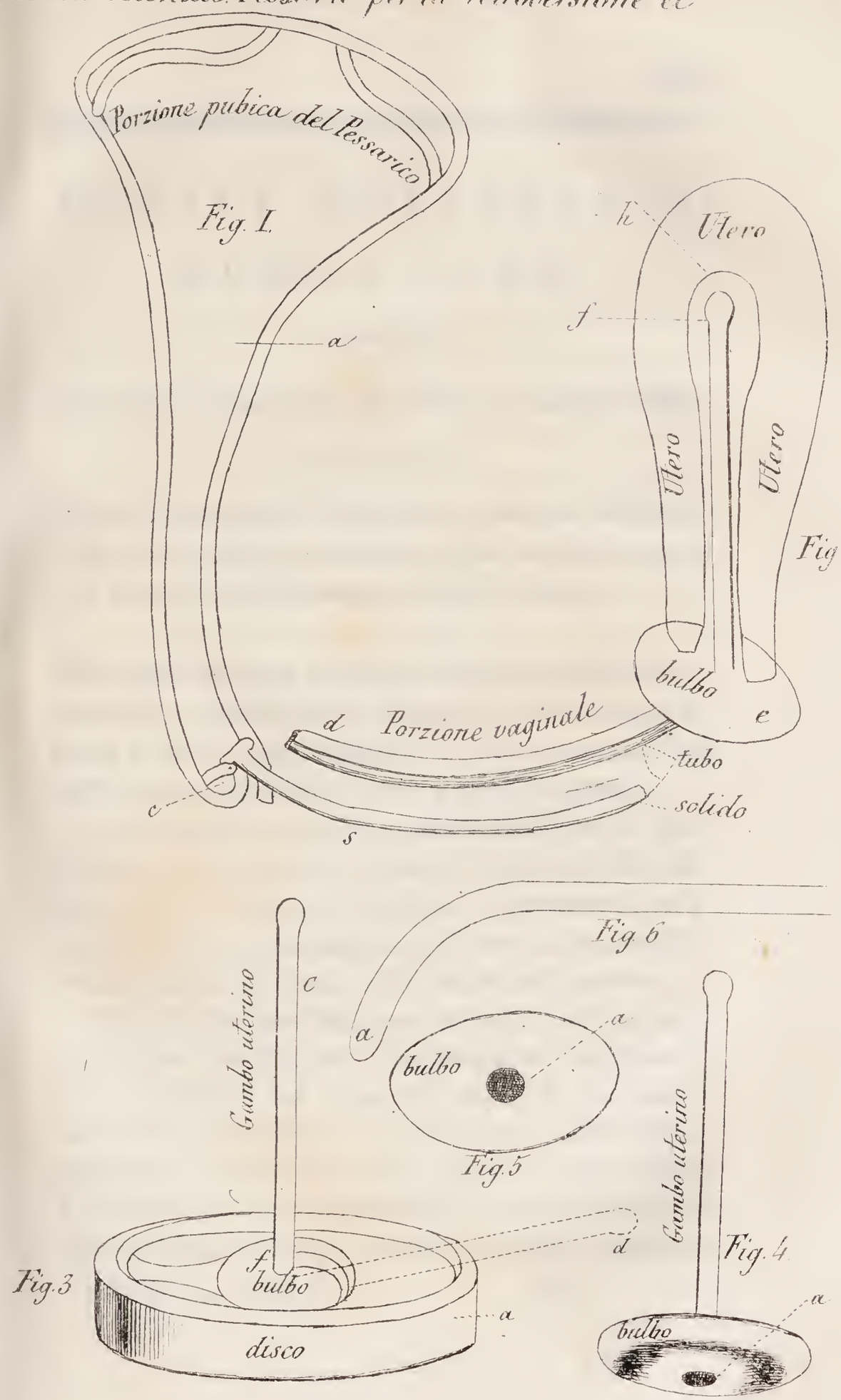


Tavola seconda. Pessarii per la retroversione ec.



ANNALI UNIVERSALI
DI MEDICINA.

Vol. CXXX. Fasc. 389-390. Maggio-Giugno 1849.

Note ed Osservazioni cliniche di chirurgia militare; del dottore ANTONIO RESTELLI, *già chirurgo capo d' ospedale nell' armata di S. M. Sarda.*

Sulle ferite d'arma a fuoco. — Molte questioni risguardanti l' interessante argomento delle ferite di arma a fuoco sono indecise, e la scienza non ha nulla determinato di positivo a questo riguardo.

Le rivoluzioni sanguinose ed i fatti d'armi in questi ultimi anni avvenuti, diedero campo a molti chirurghi di fare nuove e positive osservazioni, ed a me pure che ho partecipato dell' esercizio della chirurgia militare in città e sul teatro della guerra.

Nella rivoluzione di Milano del marzo 1848, nelle ambulanze particolari e nell' ospedale militare a Sant'Ambrogio; sul campo di battaglia durante i combattimenti avvenuti in Lombardia nella campagna pure del 1848; nell'ospedale di prima linea a Villafranca; nell'ospedale divisionario militare in Alessandria, ebbi ad osservare, studiare e trattare

un numero grandissimo di ferite d'arma da guerra, e particolarmente quelle d'arma a fuoco.

Io non pretendo fare lezioni od emettere teorie sulle ferite d'arma a fuoco. Io non parlerò che dei fatti da me osservati; di alcuni caratteri particolari presentati da questo genere di ferita, e di alcune malattie delle quali sono causa; di alcuni punti importantissimi, dirò cardinali, relativi alla loro terapeutica, tralasciando le minute particolarità del trattamento, come già abbastanza conosciute.

Parlerò dello sbrigliamento — delle emorragie traumatiche — dell'estrazione dei corpi stranieri e delle scheggie — dei casi ne' quali è indicata l'amputazione — se si debba amputare immediatamente o secondariamente — dell'applicazione del freddo — degli emollienti — dell'infezione purulenta — del tetano — del modo d'agire dei projettili.

L'esposizione dei singoli casi da me raccolti sarà fatta in modo succinto, ma possibilmente chiara, giacchè l'esposizione analitica e ragionata darebbe alle mie osservazioni una soverchia lunghezza.

Qualunque sia questo mio lavoro, raggiungerà, spero, lo scopo principale che mi sono proposto: di far conoscere, cioè, i risultati che ho ottenuti e raccolti sulle ferite d'arma a fuoco, i quali, mi lusingo, non saranno privi di interesse.

Dello sbrigliamento. — Lo sbrigliamento è l'incisione di tessuti aponeurotici, e specialmente d'inviluppo e superficiali, all'oggetto di liberare i tessuti colpiti d'infiammazione, per impedire lo strangola-

mento, mitigare il sofferimento, evitare la gangrena, ecc.

Comunemente i chirurghi danno il nome di sbrigliamento alle dilatazioni delle ferite, alle controaperture fatte per estrarre corpi stranieri, scheggie, per legare vasi lesi, per dar sfogo a liquidi travasati. Queste operazioni si praticano in qualsiasi parte del corpo e su qualsiasi tessuto superficiale o profondo: mentre nel vero sbrigliamento i tessuti da incidersi sono circoscritti, ed è un' operazione fatta sotto punti di vista diametralmente opposti. Bisogna quindi che il chirurgo sappia in che consista il vero sbrigliamento, e non deve ricorrervi ogniqualvolta si presenta una ferita d'arma a fuoco, ma deve considerare attentamente se tale ferita lo rende necessario, onde non praticare guasti maggiori e più gravi senza una probabilità di vantaggi o con danno sicuro all' individuo.

Il vero sbrigliamento mi occorse farlo undici volte in casi tutti di ferita perforante della musculatura della coscia e dell'avambraccio, che ne produsse per consecutiva infiammazione un distendimento enorme. In un solo caso dovetti praticare sei incisioni, della lunghezza non minore di un pollice e mezzo per ciascuna, della cute ed aponeurosi sottoposta con grande vantaggio e sollievo del paziente.

Delle emorragie. — Dopo qualsiasi ferita d'arma a fuoco si mostra sempre un pò di sangue, che però presto cessa.

Il projettile trapassando i diversi tessuti può in-

contrare e rompere un' arteria di calibro e produrre così una emorragia, la quale o può essere primitiva, avvenire, cioè appena ricevuta la ferita, e questa è rarissima, od essere secondaria, cioè al distacco dell' escara, e questa è la più frequente.

Di emorragie primitive ne ebbi ad osservare una sola nel soldato Rosa Pietro della brigata Regina, il quale ebbe un pezzo di bomba al terzo superiore anteriore della coscia destra, che esportò la cute, l'aponeurosi sottoposta, porzione del sartorio e del tricipite per lo spazio di quattro dita trasverse, lacerando il fascio dei vasi. L' arteria femorale era esportata per un terzo del suo calibro; l' emorragia si mostrò al momento ed imponente, per cui ricorsi alla legatura del vaso alla sortita dell' arco crurale, onde evitare una operazione di tanta importanza su tessuti guasti. L' ammalato nello spazio di cinquantadue giorni uscì dall' ospedale guarito.

Al distacco dell' escara ebbi quattro emorragie secondarie.

Fontù Pietro, brigata Savoja, ricevette una palla da fucile al lato destro del collo, alla sua parte anteriore, che uscì posteriormente tagliando di traverso la carotide primitiva un dito trasverso al di sotto della biforcazione. In quindicesima giornata cadde l' escara, e solo il giorno dopo ebbi un' emorragia imponentissima, che frenai legando la carotide primitiva nel triangolo omo-tracheale. In dodicesima giornata dall' operazione, dominando nell' ospedale la gangrena detta d' ospedale, la piaga comin-

ciò ad assumerne l'aspetto; ed il processo gangrenoso fu così rapido, che non lasciò campo a frenarlo coi mezzi adoperabili in posizione così nobile e delicata. In sedicesima giornata si staccò l'escara gangrenosa, e si ripetè l'emorragia dalla carotide al luogo della legatura. Per il guasto dei tessuti molli mi fu impossibile praticare una seconda legatura della carotide, e dovetti tentare la legatura dell'innominata, che mi riescì col recidere i muscoli sterno-mastoideo ed il scaleno anteriore. Il Fantù dieci ore dopo quest'operazione morì.

Romano Pasquale, brigata Cuneo, ebbe una ferita perforante da palla da fucile al terzo inferiore del braccio sinistro — l'arteria omerale fu tagliata di traverso. — In decima giornata cadde l'escara e si mostrò l'emorragia, che mi obbligò alla legatura dell'arteria al terzo superiore dell'arto. Dopo quaranta giorni d'ospedale guarì.

Torazza, brigata Guardie, ebbe una palla a mitraglia nel cavo ascellare destro, che tagliò di traverso l'arteria ascellare. — In dodicesima giornata al distacco dell'escara si presentò una emorragia grave: ricorsi alla legatura della succlavia corrispondente facendo un'incisione orizzontale a un traverso di dito dalla clavicola, onde rispettare al di sotto la scapulare superiore ed al di sopra la cervicale trasversa, e svincolando il vaso sotto lo scaleno anteriore senza tagliare nè questo, nè lo sterno-mastoideo. Novantaquattro giorni dopo l'operazione uscì dall'ospedale convalescente: l'arto destro non

aveva ancora riacquistato il perfetto movimento, e la sensibilità era piuttosto ottusa.

Clara Luigi, 5.° reggimento, brigata Aosta, ricoverato per ferita perforante della coscia al terzo inferiore da palla da fucile, con lesione dell' arteria femorale, al cader dell'escara in decima giornata ebbe emorragia, che mi obbligò alla sua legatura alla metà della coscia. Praticai un'incisione al lato esterno del sartorio che fu spinto all'interno, sbrigliai lo strato fibroso, che separa il vasto interno dagli adduttori. Dopo cinquantasette giorni d' ospedale uscì convalescente.

La legatura dei vasi per arrestare le emorragie da ferita d' arma a fuoco sia primitiva che secondaria fu sempre da me praticata ad una certa distanza dal punto ferito, essendo più difficile e poco sicuro l' operarla su tessuti alterati.

Nell' esaminare i feriti onde riconoscere i guasti avvenuti, più volte mi venne fatto di constatare, esservi un' arteria anche di calibro, perfettamente tagliata o lesa in modo da troncare in quel punto la circolazione arteriosa. In questi casi tutti avrei creduto che al distacco dell' escara avesse a succedere emorragia: l' emorragia invece sopra tredici casi avvenne in soli quattro. Cercai la ragione di ciò nei casi ne' quali potei esaminare le località ferite su arti amputati o su individui morti, e trovai che alle estremità aperte del vaso si forma un grumo che si fissa all' estremità del vaso stesso, formando così un turacciolo che meccanicamente impedisce

l'emorragia: a trattenere un tal grumo concorre la contrattilità del vaso. Quel grumo dopo alcuni giorni si organizza e forma un corpo solo col vaso cui aderiva.

Io adottai quindi il sistema di non praticare una legatura preventiva, se non ne' casi ne' quali l'ammalato non potesse essere abbastanza sorvegliato, o dove per il necessario processo locale non avesse a lasciar spazio sufficiente per una ulteriore legatura; ed adoperai ogni mezzo per favorire la formazione del grumo chiudendo la ferita o col tamponamento fatto con fila o tela, od applicando qualche lamina, ecc., aggiungendovi una fasciatura centrale fino al punto della ferita, ed impedendo possibilmente ogni movimento o causa che potesse influire ad accelerare la circolazione.

Estrazione de' corpi stranieri e scheggie. — Il projettile può attraversare le parti molli, o fermarsi in mezzo ad esse — incontrare ossa portando loro diverse alterazioni, producendo frattura semplice o comminutiva superandolo — e può, per la molta distanza e poca forza, fermarsi nell'osso.

I projettili, i corpi stranieri producono dolori, infiammazioni, ascessi estesi e profondi, con febbre, ecc., riescono in genere di grave danno all'organismo.

Si dà però qualche caso in cui il corpo straniero rimane innocuo nell'organismo; io ne vidi tre casi, uno di una palla da fucile esistente nel cavo popliteo destro, uno di una palla nella coscia sinistra; ed un terzo di una palla al lato sinistro del collo.

Conoscendo però i danni che possono derivare dalla loro presenza, e non potendo calcolare le circostanze relative al corpo straniero, alla parte offesa, alla costituzione dell'individuo, ecc., in tutti quei casi ne' quali non abbiansi a fare soverchi guasti per la estrazione, e si possa eseguirla senza correre gravi pericoli, si deve il più presto possibile estrarre il corpo straniero. Ed io ne ebbi esito felice anche ne' casi ne'quali mi fu necessario di praticare delle dilatazioni di ferite, e delle controaperture di qualche estensione. Se si è costretti di lasciarvelo, il più delle volte esce facendosi strada attraverso i tessuti per un processo ulcerativo che lo rende superficiale, dove si forma un ascesso, aperto il quale col pus esce il corpo straniero.

Il projettile incontrando un osso il più delle volte lo frattura e di frattura comminutiva, per cui si hanno più o meno scheggie: queste sono o libere, o più o meno aderenti.

Le prime rimanendo prive di vita agiscono come corpi stranieri, e venendo difficilmente assorbite od eliminate cagionano strangolamento, suppurazione abbondante, lunga, interminabile, portano all'infezione purulenta, ecc.; devono quindi essere estratte, ed il più presto possibile, giacchè la reazione consecutiva ne rende più difficile l'estrazione.

L'estrazione però di tali scheggie non si farà qualora i maneggi e le operazioni da praticarsi superino in gravezza gli accidenti che accompagnano la presenza della scheggia.

Le scheggie aderenti possono aderire più o meno, ed a tessuti diversi.

Le scheggie leggiermente aderenti devonsi estrarre prontamente, giacchè i tessuti turgidi ed infiammati, spinti per la loro tumefazione contro delle punte, dei margini laceranti, vengono lacerati, irritati e conservano una ulteriore infiammazione: di più la maggior parte di tali scheggie col tempo perde le aderenze, e porta con sè i danni del temporeggiare, cioè raccolte purulenti, molteplici, che producono l'infezione purulenta, marasmo, ecc. D'altronde molte volte per rendere una piaga semplice si fa anche una amputazione: estraendo i numerosi pezzi d'osso che danno origine ai funesti accidenti sopraenumerati si ottiene lo stesso scopo.

Il soldato Marro Sebastiano, 7.° reggimento, brigata Cuneo, ebbe una palla alla coscia sinistra con ferita perforante e frattura del femore. Non giudicai opportuno estrarre due scheggie leggiermente aderenti all'osso, perchè troppo profonde, estese, e richiedenti per la estrazione delle spaccature troppo ampie. Per l'applicazione dell'apparecchio contentivo inamovibile si fecero pochi maneggi: il ferito fu trasportato su di un carro d'ambulanza alla distanza di cinque miglia: quaranta ore dopo si sviluppa il tetano, in trenta ore muore: alla sezione dell'arto si trova che una lunga scheggia si era inzeccata nelle parti molli.

Le scheggie che si possono rispettare sono quelle aderenti per un certo tratto all'osso, al quale ap-

partengono, od al suo periostio, essendo le sole che possono ricevere nutrizione e servire per la formazione del callo.

Succede però spesse volte che esse pure si necrosano, inducendo così ascessi, fistole difficilmente guaribili. E così avviene pure che tali scheggie vengano racchiuse dal callo che sta formandosi, e per la nutrizione che ricevono, in un tempo più o meno lungo aumentando di volume, si estendono, e nell' estensione danno luogo alla necrosi; onde le fistole che si chiudono e riaprono, ecc., onde la necessità di gravi operazioni, ed anche della trapanazione dell'osso per l' estrazione del sequestro, e quindi anche l' indicazione d'una amputazione.

Il soldato Romano, brigata Cuneo, ebbe una palla alla metà del braccio destro con frattura dell' omero: estrassi tre scheggie libere, ed una leggiermente aderente: eravi una quinta molto aderente, la rispettai. Dopo due mesi, nel corso de'quali sembrava tutto piegasse alla cicatrizzazione, al quarto superiore dello stesso braccio si presentò un punto fluttuante che apersi colla lancetta: uscì del pus: esplorai la ferita collo specillo e riscontrai l' osso a nudo necrosato, che lasciava penetrare il mezzo esploratore nella sua parte midollare. Conosciuto il guasto e la tendenza alla diffusione mi ero deciso per l' amputazione: per riguardo per alcuni colleghi che mi persuadevano a temporeggiare sempre colla speranza che la necrosi avesse ad arrestarsi, dilazionai l'operazione: nello spazio di venti giorni la necrosi era

già al capo dell' omero. Mi decisi per la disarticolazione, che praticai piantando la punta del coltello nell'ascella al davanti dei tendini del gran dorsale e del gran rotondo, costeggiai la testa dell'omero seguendo il piano inclinato che presenta la volta acromio-coracoidea, e sortii nel triangolo coraco-clavicolare; contornai col coltello la metà posteriore e superiore della testa dell'omero facendo così il lembo posteriore per primo: tornai dopo all' articolazione per terminare l' operazione non interessando l' arteria ascellare che per ultimo. L' ammalato in trentacinque giorni uscì dall' ospedale guarito. — Esaminato l' arto esportato rilevai essere la causa della necrosi una scheggia, che riceveva nutrizione dai vasi e nervi dell' omero, e che era stata involta dal callo: questa dilatandosi manteneva sempre in vigore il processo in corso di necrosi.

Le scheggie dunque si devono estrarre il più presto possibile: e nel caso che il chirurgo non arrivi in tempo prima che sia sopravvenuta la tumefazione capace di chiudere il tragitto percorso dal projettile, deve temporeggiare, a meno che accidenti gravi non ostino, ed attendere l'epoca della suppurazione, o il momento in cui cede l' ingorgo: l' estrazione fatta in tale tempo rinnova però i dolori, che spesso sono susseguiti da reazione e da complicazioni più o meno gravi.

In seguito a ferite d'arma a fuoco quando l'osso o le ossa d' un membro sono fratturate comminutivamente, che vi siano delle scheggie, ma che le parti

molli circondanti non siano troppo guaste, e che si creda poter tentare la conservazione dell' arto, oltre alla estrazione delle scheggie è di grande vantaggio lo scoprire i frammenti angolari dei due monconi dell' osso rotto, onde praticarne la resezione. In tal caso bisogna quasi sempre aumentare le piaghe primitive, o si deve farne delle nuove, avendo l'avvertenza di tagliare lungo l' asse dei membri.

La resezione conviene alla tibia ed al peroneo, alle ossa dell' avambraccio, ed a qualche falange.

Questa operazione per la sua delicatezza, e per i riguardi consecutivi indispensabili, difficilmente si può praticare nella chirurgia militare in campagna, dove il più delle volte si difetta di mezzi necessarii per tali operazioni e per le medicazioni, e dove i feriti devono subire trasporti frequenti ed incomodi.

Io praticai con felice successo la resezione negli ospedali in un caso di frattura comminutiva del radio, in due casi di frattura del solo peroneo, ed in un caso di frattura di tibia.

Casi ne' quali è indicata l' amputazione. — Nessuna ferita richiede più spesso l'amputazione di quella prodotta d'arma a fuoco; e ciò per le fratture comminutive, lacerazioni, contusioni, scarificazioni, che producono i projettili nei tessuti che attraversano o che percuotono. Sulla indicazione dell' amputazione però si deve fare una distinzione grande fra i feriti raccolti sul campo di battaglia, e quelli che vengono raccolti nelle città.

Molti casi vi sono ne' quali ritraendo il ferito in luogo sicuro, stabile, vicino, si può con grandissima probabilità di riescita tentare la conservazione d'un arto, e questo si può a preferenza nelle città dove si presentano le necessità suaccennate, e trovasi il bisognevole. Sul campo o negli ospedali di linea per i cattivi mezzi di trasporto, cui più volte bisogna che il ferito si assoggetti secondo le circostanze della guerra, esso subisce infinite scosse, che portano l'inzeccamento delle scheggie nelle parti molli del membro fratturato, con pericolo anche di emorragia nel caso di lesione di qualche vaso di calibro: portano un sofferimento per i nervi lesi; infiammazione nell'arto che talvolta impedisce anche l'amputazione mediata: determina quindi accidenti gravi, persino la gangrena, il tetano, con perdita sicura dell'individuo.

Parlando delle scheggie riferii già la morte di tetano del soldato Marro Sebastiano.

Se vi ha frattura del femore, dell'omero, della tibia e peroneo in vicinanza alle articolazioni, principalmente se accompagnata da lesione di vasi, si deve procedere all'amputazione. Nel caso di ferita del capo dell'omero o del femore si praticherà la disarticolazione dell'arto, la quale principalmente se d'omero, è seguita non di rado da felice successo: in generale si praticherà la disarticolazione, quando l'arto da palla da cannone, da mitraglia, da pezzi di bomba o da altro projettile sia stato troncato o fratturato in modo da rendere impossibile l'amputazione nella sua continuità.

Nelle lesioni del solo collo del femore o dell' omero, se si può rispettare il capo è di grande vantaggio.

Io ebbi a praticare tre disarticolazioni d' omero ed una di coscia: due d' omero e quella di coscia ebbero un esito felice.

Il soldato Fontanelle Pierre, brigata Savoja, ebbe una palla a mitraglia nel cavo ascellare con lesione del collo e capo dell' omero e lesione dei vasi: passai alla disarticolazione dell' arto, formando di necessità un lembo solo posteriore esterno costituito per la massima parte dal deltoide: il lembo, che quasi per il proprio peso copriva la ferita, fu sostenuto col mezzo di liste di cerotto. Il decorso della cicatrizzazione non presentò accidenti: in 47 giorni uscì guarito.

Del secondo già ne parlai, discorrendo della necessità della estrazione delle scheggie, nel soldato Romano, brigata Cuneo.

Il soldato Martinet Claudio, brigata Savoja, ebbe una palla alla parte anteriore-superiore del braccio sinistro con frattura del capo dell' omero: praticai la disarticolazione seguendo il metodo per primo descritto. In ventesima giornata la cicatrizzazione era quasi completa, quando la piaga si fece gangrenosa. In ventiquattresima giornata per il processo gangrenoso ebbesi emorragia dall'ascellare: ricorsi alla legatura della succlavia corrispondente. Dopo tre giorni il Martinet morì.

Alla sezione trovai che il processo gangrenoso

sotto i muscoli pettorali aveva interessati i muscoli intercostali, e la suppurazione era penetrata nella cavità toracica corrispondente.

Johann Hydsch ebbe una palla da mitraglia al lato esterno superiore della coscia, che fratturò il collo e capo del femore ledendo molto le parti molli. Quarantasette ore dopo il di lui arrivo all' ospedale militare praticai la disarticolazione della coscia portando la punta d' un lungo coltello a due taglienti, a due dita trasverse al disotto ed all' interno della spina anterior-superiore dell' ileo: feci passare il coltello sulla faccia interna del collo del femore e sortii in vicinanza della tuberosità ischiatica. Feci un lembo interno della lunghezza di sette pollici circa: due assistenti rialzarono il lembo e contemporaneamente comprimevano le arterie: tagliai la capsula articolare in vicinanza alla cavità cotiloidea sulla testa del femore, portai l' arto in abduzione, lo lussai, tagliai il legamento interno, passai dietro il gran trocantere e uscii, per il guasto delle parti molli, col coltello ad angolo retto col lembo interno formando così un lembo solo.

L' operazione non presentò accidenti, se non una certa difficoltà nella legatura dell' arteria otturatrice frastagliata dal projettile.

Nello spazio di cinquantanove giorni la piaga era perfettamente cicatrizzata.

Durante il corso di cicatrizzazione si ebbe una sola complicazione di congestione polmonare semplice, vinta con tre sottrazioni generali.

Le ferite di tali regioni essendo vicine a cavità di molta importanza, richieggono pronta operazione, per la facilità con cui si può propagare l' infiammazione consecutiva, e per la suppurazione che può infiltrarsi con perdita dell' individuo.

I casi che richieggono sul campo l' amputazione sono a preferenza le fratture della coscia e gamba come più difficili a medicarsi abbastanza propriamente per il trasporto agli ospedali, mentre le fratture d' omero e d' avambraccio si possono mettere in istato abbastanza lodevole per tale trasporto. Del resto quelle operazioni che per circostanze di guerra non furono fatte sul campo, od alle ambulanze, si dovranno eseguire il più presto possibile negli ospedali di prima linea.

Richieggono l' amputazione immediata i membri esportati da palla da cannone, o malamente troncati, da scheggie di bomba, ecc.

Se il projettile, principalmente da mitraglia, bomba, ecc., interessa le grandi articolazioni, ginocchio, cubito, ecc., ledendo i capi articolari in modo da lasciare delle scheggie, si deve praticare l' amputazione dell' arto sul campo, nell' ambulanza, o prima che sia subentrata l' infiammazione, periodo nel quale non si deve operare, se non in caso di estremo bisogno.

La necessità dell' operar presto nasce dalla subita infiammazione della località, accompagnata da reazione generale, suppurazione nella cavità articolare, rosione dei capi articolari con carie delle ossa, di-

struzione dei legamenti, assorbimento di pus, marasmo, ecc.

Nel caso di frattura comminutiva della sola estremità articolare inferiore del femore si deve dar opera alla pronta amputazione, trovandosi per la ferita de' suoi condili aperta già l'articolazione del ginocchio: per l'estrazione di scheggie o corpi stranieri viene ancora più denudata, e quindi resa necessaria una consecutiva amputazione.

Se la lesione è al condilo interno od esterno della tibia l'articolazione può rimanere intatta e si possono praticare anche delle spaccature, senza o poco portarvi lesione, per cui si può avere un fondamento maggiore di conservazione dell'arto.

Le fratture comminutive dell'articolazione tibiotarsa è caso d'amputazione sul campo: quelle del tarso e metatarso richieggono l'estrazione dei corpi stranieri e scheggie lasciando campo a temporeggiare per l'amputazione.

Le fratture comminutive delle estremità articolari del cubito, se da sola palla da fucile, talvolta richieggono la sola resezione, e se vi sono complicazioni o la ferita sia da mitraglia, pezzo di bomba, ecc., si deve eseguire l'amputazione.

Le fratture isolate del carpo e metacarpo offrono le stesse indicazioni di quelle del tarso e metatarso.

Si passerà all'amputazione quando vi sia lesione d'un membro senza quella della pelle, ma con stritolamento delle parti molli ed ossa: casi frequenti per contusione da palla da cannone di rimbalzo.

In generale però si deve fare una distinzione fra le lesioni dei membri inferiori e quelle dei superiori: i primi come molto ricchi di musculatura forte e voluminosa, portano maggiori difficoltà ai maneggi del chirurgo, ed in particolare per l' estrazione di scheggie, ecc., o richieggono operazioni per sè gravi: questi casi domandano apertamente l' amputazione. Di più il callo, che si forma consecutivamente, con grave difficoltà e lentissimo, per la necrosi successiva inevitabile, ha dei caratteri suoi particolari che lo rendono poco atto a sostenere il peso del tronco, ed è talmente difforme, che la perdita dell' arto non attrista certo di più l' ammalato.

I membri toracici essendo in circostanze molto più favorevoli per essere conservati, lasciano maggior campo al chirurgo di temporeggiare.

Riassumendo, l' amputazione è più spesso indicata nei casi di lesioni dei membri inferiori, mentre in quelli dei toracici alcune volte si può dilazionarla o risparmiarla, a meno che i disordini siano estremi.

La questione però se si debba risparmiare un arto, od amputarlo, date anche delle alterazioni determinate, non può essere che eccezionale, essendo la indicazione dipendente da molteplici circostanze: e difficilmente può risolversi con una decisione assoluta, e scientificamente.

Se si debba praticare l' amputazione immediata o la consecutiva. — Quando la necessità della amputazione venga riconosciuta per módo da non lasciare alcun dubbio sull' applicazione di essa, io

sono d'avviso che è pur necessario praticarla prontamente, e non attendere: nè so comprendere quale vantaggio, riconosciuta una volta quella necessità, avere si possa dal differirla. Ogni lesione d'un arto cagionata da arma a fuoco, onde nasce la necessità dell'amputazione, quando si temporeggi dà origine a febbri forti, ad infiammazioni, a suppurazioni vaste, l'ammalato è maggiormente esposto alla flebite, all'assorbimento purulento, al tetano, ad infiammazioni viscerali, ecc.; chi potrà sostenere che una semplice piaga d'amputazione possa eguagliare in gravezza tante lesioni così dannose?

Di più il risultato statistico da me osservato ed ottenuto sull'esito delle amputazioni primitive e consecutive da me praticate mi pose in evidenza l'assoluta necessità di amputare immediatamente.

		Guariti	*Morti*
		—	—
Amputazioni di coscia fatte immediatamente, nelle prime 36 ore, alla metà dell'arto	7	5	2 di tetano
Operate al terzo superiore della coscia	4	2	2
Disarticolazione di coscia . .	1	1	—
Amputazioni di gamba al terzo superiore	3	2	1
Amputazioni d'omero al terzo superiore	10	9	1
Disarticolazioni d'omero . .	1	1	—
	—	—	—
Totale	26	g. 20	m. 6

Amputazioni *consecutive* di coscia alla metà dell'arto	6	1	5
Al terzo superiore	1	—	1
Amputazioni di gamba al terzo superiore	1	—	1
Amputazioni d'omero al terzo superiore	7	2	5
Disarticolazione d'omero . .	2	1	1
Amputazione di avambraccio .	3	2	1
Totale	20	g. 6	m. 14.

Ebbi quindi negli amputati immediatamente una mortalità del 24 per cento circa: negli amputati secondariamente una mortalità del 70 per cento.

Se si paragona il numero degli amputati secondariamente relativamente alla sede, si vede essere molto più micidiali le amputazioni consecutive degli arti inferiori, che dei superiori.

Fa duopo ch'io qui noti, esservi sopra i 26 amputati primitivamente sei feriti da palla da cannone e tredici da palla da mitraglia: tali ferite sono sempre accompagnate da grave commozione e quindi più pericolose per l'esito.

Praticata l'amputazione, la ferita risultante fu sempre da me riunita immediatamente.

La legatura delle arterie, quando gli amputati dovevano subire dei trasporti, le feci con corde d'intestina, tagliando le due porzioni della legatura molto vicino al nodo. Dovetti adottare un tale sistema onde impedire la strappatura delle legature nel portare gli amputati da un luogo all'altro: al sol-

dato Scotti Antonio, brigata Real Navi, amputato alla coscia sinistra, nell'essere trasportato su di un carro, per essere scaricato in un altro ospedale, per un rozzo stiramento praticato sul moncone, fu strappata la legatura; dovetti ricorrere ad una seconda con qualche difficoltà, e patimento grande dell'ammalato. Se gli amputati rimanevano negli ospedali praticavo la legatura con fili di seta, recidevo un capo vicino al vaso, onde diminuire la massa che doveva rimanere nei tessuti, e fissavo all'esterno l'altra estremità.

Sull'applicazione dei bagni freddi nelle ferite di arma a fuoco. — I projettili di qualsiasi sorta d'arma a fuoco agiscono per la massima parte contundendo: la contusione dai projettili prodotta porta la mortificazione dei tessuti da essi toccati attraversandoli: la parte mortificata o l'escara essendo eterogenea all'organismo deve essere eliminata: per un tale processo è necessaria l'infiammazione, solo però dei tessuti lesi.

Quindi se la contusione è molto estesa e che consecutivamente di necessità l'infiammazione deve propagarsi ad altri tessuti, applico il freddo con ghiaccio, ed in sua mancanza acqua che tiene in soluzione dei sali, ed in particolare il sale ammoniaco, che dà una temperatura al di sotto dello zero di qualche grado: e l'applico solo per impedire la diffusione dell'infiammazione, al comparir della quale, se con aspetto risipolo-flemmonoso, o con sintomi di strozzamento, subito sospendo, producendo per sè

il freddo, il rilentamento della circolazione capillare, il quale cagionerebbe l'alterazione degli umori e tessuti, e qualche volta anche la gangrena.

Se la contusione è limitata, e limitata l'infiammazione, applico solo acqua comune alla temperatura ordinaria, o leggiermente tiepida, continuata per tutto il periodo dell'infiammazione, con vantaggio e sollievo grande dei feriti.

Degli emollienti. — Durante il periodo di suppurazione, io non faccio applicazione di cataplasmi, se non ne' casi di necessità, poichè colla loro applicazione si mettono i tessuti come in mezzo a due macerazioni, l'una interna rappresentata dal pus, l'altra esterna dal cataplasma; per cui le piaghe assumono un aspetto atonico, che induce a ricorrere a sostanze stimolanti locali, e quando domini la gangrena d'ospedale, posso per esperienza attestarlo, spiegano una speciale tendenza ad assumerne il carattere.

Dell' infezione purulenta. — Nelle ferite d'arma a fuoco il maggior numero soccombe per le vaste e lunghe suppurazioni, le quali in progresso producono l'infezione purulenta. Essendo i centri di suppurazione in generale ampii e profondi, ad onta di tutte le precauzioni ed operazioni per facilitare la pronta uscita del pus, una certa quantità si ferma a contatto dei tessuti alterati, viene assorbita dalle vene e dai linfatici per le aperture capillari, o per le soluzioni di continuità dei vasi, e viene trasportata in circolo, onde si genera la malattia.

I sintomi che offrono gli ammalati in caso d'infezione purulenta sono abbastanza conosciuti. Io dirò solo di due sintomi, del sudore e del polso. Gli ammalati in corso di tale malattia vengono invasi da un calore urente che dura molto tempo, susseguito da profuso sudore che è più abbondante alla fronte ed al petto che in qualsivoglia altra parte del corpo; ma quel sudore non reca alcun sollievo all'ammalato. Il polso si fa frequentissimo, e non cede anche dopo la scomparsa del sudore, carattere importantissimo e che distingue affatto questa febbre dalle febbri intermittenti franche, nelle quali l'apiressia è completa. Un tale errore diagnostico lo vidi spessissime volte commesso negli ospedali.

A misura che i sintomi si fanno più gravi, che i sudori e la diarrea persistono, l'ammalato s'indebolisce, dimagra e finisce colla morte per estenuazione.

Difficilmente si può impedire un fine così funesto; con molte precauzioni però si può rallentare il processo suppurativo, e d'assorbimento.

Le precauzioni che io uso e propongo sono: la riduzione della superficie ulcerata in modo che il pus non possa stanziarvi, quindi spaccature, aperture, controaperture, e compressione metodica onde impedire l'infiltramento e la stagnazione del pus: le lavature sulle parti ulcerate onde levare il pus: dove è possibile, l'applicazione di polveri assorbenti, che hanno il doppio vantaggio e di assorbire il pus e di impedire l'azione dell'aria. Le sottrazioni sanguigne devono usarsi con parsimonia, e nei soli casi di ne-

cessità, essendo il salasso un mezzo eroico per favorire l'assorbimento. Gli ammalati aventi vasti focolari purulenti non si assoggetteranno ad una dieta troppo rigorosa e troppo prolungata, essendo necessario di fornirli di materiali per compensare le perdite giornaliere introducendo nuovi fluidi in circolazione. Oltre di che si devono mettere in pratica tutte le regole igieniche favorevoli per tali ammalati.

Del tetano. — Ho già annunciato come spesso nelle ferite d'arma a fuoco si abbia una pericolosa complicazione, il tetano.

Le circostanze che favoriscono lo sviluppo di una così funesta malattia sono la presenza de' corpi stranieri nei tessuti fibrosi, ed in ispecie nervei.

Ad accelerare lo sviluppo della malattia molto influisce la commozione per la ferita, i mezzi di trasporto, lo squilibrio frequente e grande della temperatura cui van soggetti i feriti, principalmente sul campo di battaglia in stagione estiva, dove durante il giorno restano esposti per molto tempo al calore del giorno, e vengono poscia ritirati in luoghi, ne' quali alla notte spesse volte restano esposti ad ogni azione atmosferica.

Non parlo dei sintomi, perchè troppo conosciuti.

Il piano di cura di questa malattia, fu da me dedotto possibilmente dalla causa produttrice. In caso di strozzamento delle parti ferite, sbrigliamento: estrazione dei projettili o di qualsiasi altro corpo straniero: estrazione immediata delle scheggie, riduzione a permanenza inamovibile delle fratture;

recisione completa dei nervi che fossero solamente in parte divisi: semplificazione della piaga: ablazione della parte offesa. Tutto questo per togliere la causa produttrice, e che sostiene il tetano.

Per la cura, il mezzo che mi diede un risultato soddisfacente, fu l'applicazione ripetuta e ad intervalli non troppo lontani delle ventose scarificate profondamente lungo la colonna vertebrale, e principalmente alla nuca, l'amministrazione dell'oppio puro e del laudano liquido a dose generosa.

I preparati mercuriali, i preparati di stricnina, sia amministrati internamente che applicati per metodo endermico, il salasso generale ripetuto, i purgativi, la belladonna, la digitale, l'eterizzazione non mi corrisposero all'intento.

Sette sono i casi di tetano che io ebbi ad osservare e trattare: di questi, tre mi pervennero a malattia avanzata, già vicini alla morte: tutti e tre furono feriti da palla da mitraglia negli arti inferiori; per i guasti riscontrati avrei praticata l'amputazione se lo stato generale me lo avesse permesso: in meno di due ore dall'arrivo morirono.

Ho già parlato del soldato Marro Sebastiano discorrendo della necessità di estrarre le scheggie il più presto possibile. In questo individuo per una scheggia del femore inzeccata nelle parti molli, si sviluppò il tetano quarant' ore dalla ricevuta ferita.

All'apparire dei primi sintomi non credei opportuno ricorrere a sottrazioni sanguigne, avendo avuto il Marro una emorragia di circa sei libbre di san-

gue: tentai l'inalazione ripetuta dell'etere, che solo momentaneamente mitigava gli accessi: ricorsi al calomelano amministrato internamente a dose generosa: tutto fu vano, in trenta ore dallo sviluppo morì.

Il soldato Zini Antonio, legione Tridentina, rimase ferito da due palle da mitraglia: una al petto con frattura di due coste con scheggie inzeccate nella pleura e polmone corrispondente: l'altra al terzo inferiore della coscia destra con frattura comminutiva del femore. Non fu praticata l'amputazione immediatamente, e la lesione non lasciava alcun dubbio della necessità della pronta operazione.

Fu trasportato all'ospedale con sintomi di tetano opistotono.

Ad onta che fosse già in corso il tetano, per la gravezza della ferita all'arto passai prontamente all'amputazione, per la quale non si ebbero accidenti.

Gli accessi tetanici si diffusero e si svilupparono con maggior forza: avendo l'ammalato, per l'operazione subita, perduta una libbra circa di sangue, in parte appositamente lasciato sgorgare, ordinai dodici coppette scarificate profondamente lungo la colonna vertebrale, e dieci grani di oppio da prendersi in cinque ore.

Qui mi giova notare che la ferita del torace fu ridotta semplice, e per il momento, non essendovi sintomi gravi, non facevo che la medicazione semplice.

Alla sera gli accessi tetanici erano leggiermente diminuiti in forza, ma erano ancora frequenti: feci

ripetere le coppette scarificate allo stesso numero, amministrai tre dramme di laudano liquido da prendersi nella notte.

Alla mattina susseguente gli accessi erano più rari e minimi in forza: feci ripetere altre tre dramme di laudano; verso sera l'ammalato era tranquillo e non si ebbe più traccia di sintomi tetanici. Tre giorni dopo cominciarono a svilupparsi sintomi gravi di pneumonite, che mi obbligarono a tre sottrazioni generali, all'amministrazione di tartaro stibiato, aconito, calomelano, all'applicazione di vescicanti, ma tutto senza poter frenare il corso della malattia, la quale in ventesima giornata finì colla morte.

Alla sezione trovai tutto il polmone destro ed il lobo inferiore del sinistro alterati già ad epatizzazione grigia.

Gojo Giuseppe, soldato Provianda, fu ferito alla gamba destra con frattura comminutiva della fibula. Estrassi tutte le scheggie libere e mobili aderenti: in terza giornata dalla ferita cominciarono sintomi di tetano: feci la resezione dei monconi dell'osso fratturato, sul timore che le punte fossero la causa della malattia: ordinai un salasso di venti once; gli accessi si fecero più gagliardi, amministrai dodici grani di oppio da prendere nella giornata.

Alla sera gli accessi non si erano ancora modificati: ordinai dodici coppette tagliate lungo la colonna vertebrale, internamente tre dramme di laudano liquido.

Durante la notte ebbe tre ore di riposo: sul far

del giorno però ricominciarono gli accessi con eguale forza del giorno antecedente: altra applicazione di coppette tagliate, dodici grani di oppio internamente, un clistere purgativo che produsse una scarica abbondantissima. Durante il giorno si mitigarono gli accessi, e cominciò un istupidimento dell'ammalato; non rispondeva, era immobile, la cute fredda, pupilla dilatata immobile, polsi lentissimi, cefalici. Ordinai un salasso al braccio, si ebbe una piccola evacuazione di sangue: rallentandosi sempre più il circolo e facendosi più gravi tutti i sintomi, praticai il salasso all'arteria temporale destra: sotto la sottrazione sanguigna, che fu generosa, cominciò a risvegliarsi, e scomparvero tutti i sintomi suddescritti. Dopo due ore ricominciarono leggierissimi accessi: amministrai una dramma di laudano liquido: gli accessi si fermarono e non comparvero più. Dopo due mesi uscì dall'ospedale guarito.

In Ferdinando Giovanni, napoletano, amputato della coscia sinistra, venti giorni dall'operazione si sviluppò il tetano, mentre eravi in corso una grave pneumonite: feci praticare sette salassi, un'applicazione di coppette lungo la spina, feci amministrare internamente tartaro stibiato, calomelano, ecc., la pneumonite passò ad esito purulento, il tetano ebbe un corso piuttosto lento, ma non abbandonò il Ferdinando. — Nello spazio di nove giorni dallo sviluppo del tetano morì sotto forte e prolungato accesso.

Sul modo d'agire dei projettili. — Di alcuni caratteri anatomo-patologici delle ferite d'arma a

fuoco ed in ispecie di uno che riguarda direttamente la medicina legale: delle due aperture fatte da un projettile quale sia la più ampia, se quella d'entrata o quella di sortita? — Ecco a quali risultati mi condusse l' osservazione su individui morti per ferita o immediatamente o in progresso di tempo in conseguenza di essa.

Spaccando i canali percorsi dai projettili si trova qualche volta traccia di frammenti di cute trascinati dal projettile nel penetrare.

Incontrando il projettile membrane sinoviali, queste per le inerenti proprietà di elasticità, resistenza, ecc., cedono e s'infossano prima di essere attraversate, lasciando dopo una piccola apertura: essendo attraversato con maggior facilità il tessuto cellulo-adiposo sottocutaneo da quelle, per il loro infossamento vi resta una cavità più o meno grande tra l'uno e le altre secondo le regioni, nelle quali il tessuto cellulo-adiposo vi è più o meno abbondante, più o meno aderente.

I muscoli con gran facilità vengono attraversati dai projettili, i quali però deviano ad ogni tratto, e formano un condotto tortuoso, non essendovi uniformità di resistenza in tutti i punti.

Se il projettile arriva con poca forza su aponeurosi, o tendini, per la loro tenacità, resistenza, elasticità, ecc., li preme senza trapassarli, e viene deviato dal suo corso. Quando il projettile arriva con forza, le aponeurosi vengono attraversate; e presentandosi un' apertura longitudinale secondo la dire-

zione delle fibre, i tendini sono per lo più denudati, e vengono dimezzati solo quando alla parte opposta vi sia una resistenza.

Il projettile incontrando ossa, può cambiar forma senza portare loro molto guasto. Al soldato Giuseppe Tegaldo, del 13.° regg.°, brigata Pinarolo, estrassi alla parte interna dell'avambraccio sinistro una palla che poggiava sul legamento interosseo, e che per l'urto avuto contro il radio e l'ulna aveva assunto una forma come bialata senza portar frattura alle ossa.

Il projettile, incontrando ossa, alcune volte si divide in più pezzi: si ha così un foro d'entrata, e tre, quattro di sortita. Al soldato Giovanni Martini, 7.° reggimento, brigata Cuneo, una palla entrò nella parte anteriore esterna superiore del braccio sinistro, fratturò il capo dell'omero, e sortì in tre pezzi da tre punti diversi della scapola. Al soldato Saissi Giacomo, 8.° reggimento, brigata Cuneo, una palla entrò nella regione clavicolare destra, fratturando l'osso, e uscì dalla scapola perfettamente dimezzata, ciascuna metà per un foro proprio.

Altre volte il projettile si ferma nello spessore dell'osso, lasciando un foro solo d'entrata nel periostio, osso e membrana midollare, e produce così necrosi inevitabile: trascina seco nella parte midollare qualche frammento d'osso attraversato, o vi lascia una porzione di sè, trascina pezzi di vestito, bottoni, ecc.

La palla o projettile spesso frattura completa-

mente le ossa, lasciando molte scheggie o libere, e queste nel luogo della frattura, o trasportate nello spessore di altri tessuti, o aderenti in diverso modo all'osso, al quale appartenevano, o ad un tendine, ecc.

Nel fratturare le ossa, per la loro convessità e per la diversità di resistenza degli strati esterni dagli interni, i projettili prendono svariatissime direzioni e forme.

Nel caso di consolidazione di frattura per arma a fuoco si ha un callo sui generis, arrecando sempre un tal genere di ferita la necrosi delle estremità dei monconi.

I grossi tronchi nervosi e le arterie vengono più difficilmente lese delle vene per le proprietà di elasticità, cedevolezza, ecc., inerenti ai tessuti de' quali sono formati.

I projettili, incontrando cavità, agiscono in diversissimo modo, percorrendo la convessità di queste ad onta che il colpo fosse perpendicolare, non ledendo menomamente i visceri contenuti.

Al sergente Massara, di Previde, 4.° reggimento, brigata Piemonte, una palla entrò nel fianco destro, tra la decima e l'undecima costa, e uscì in corrispondenza della cresta anteriore-superiore dell'ileo sinistro passando tra la cute ed i muscoli del basso ventre senza portar danno alcuno ai visceri contenuti.

Al soldato Piccolino Domenico, brigata Casale, una palla penetrò fra la quarta e la quinta costa del

lato sinistro, regione sott' ascellare, e uscì fra la seconda e la terza del lato diametralmente opposto senza ledere i visceri contenuti.

Ad un borghese Alessandrino, assistente della strada ferrata, una palla pervenutagli accidentalmente trapassò il parietale sinistro, e sortì dal temporale destro opposto: l' individuo morì due ore dopo.— Alla sezione trovai che la palla avea percorso la sua strada seguendo la convessità della dura madre, tra questa e la concavità del cranio, lacerando solo il seno longitudinale, dal quale si ebbe uno stravaso di sangue, causa della morte.

I projettili voluminosi, come le palle da cannone, non possono fermarsi nello spessore di nessuna parte del corpo, almeno io non ne ho mai osservato. Vi si fermano però frammenti di bomba, palle da mitraglia, ecc.

Le palle da cannone e da mitraglia, come quelle da fucile obbediscono talvolta alla diversa forma e resistenza dei tessuti e cavità che toccano, seguendo le stesse norme, ma producono guasti irreparabili.

Ad un artigliere il giorno 25 luglio sotto Valleggio una palla da cannone urtò primieramente sul costato sinistro, strisciò sul torace ed abbandonò l' individuo, dopo aver compito un semigiro passando dalla parte posteriore; esportò nel suo tragitto cute, musculatura, apofisi spinose, senza ledere la cavità: l' individuo morì due ore dopo per commozione grave del midollo e dei visceri del petto. Nello

stesso giorno una palla da cannone esportò ad un altro artigliere quasi tutta la musculatura della coscia destra, girando intorno al femore senza produrre la frattura dell'osso.

Le palle da cannone alcune volte agiscono solo contundendo senza lacerare le parti molli, ma stritolando le parti molli e le ossa sottoposte, per cui se viene in tal modo colpita una cavità l'individuo soccombe.

La palla da cannone lacera ed esporta cute e tessuti molli sottoposti: esporta un arto intiero.

Il giorno 25 luglio mi occorsero due casi di asportazione completa di gamba, ed uno di coscia.

Le bombe, le granate, ecc., se cadono prima di scoppiare tengono il modo delle palle da cannone.

Se scoppiano convertendosi in diversi projettili di diversa forma e grossezza producono disordini più o meno gravi.

Le palle da mitraglia tengono modo di quelle da fucile, ma producono ferite molto più gravi. —

La grandezza d'apertura d'entrata paragonata a quella di uscita varia a seconda della distanza da cui partì il colpo, della forza di questo, della qualità e forma del projettile, della qualità dei vestiti che incontra, della qualità dei tessuti che attraversa o che incontra, ecc.

Infatti quando i projettili siano lanciati assai da vicino, alla distanza, per esempio, di circa trenta passi, nel qual caso la palla ha quasi la stessa velocità nella uscita, come nell'entrata, quando i tes-

suti attraversati siano quasi omogenei in consistenza, quando non s'incontrino ossa che facciano deviare il projettile, l'apertura d'entrata è eguale in grandezza a quella di uscita; del quale fatto ebbi più volte l'esperienza.

L'apertura d'entrata è in genere più piccola di quella di uscita, quando il projettile viene deviato dalla linea retta da qualche tessuto, o nell'uscire trascina con sè qualche scheggia o altro tessuto, quando la palla urtando contro un tessuto osseo cambia forma aumentando di superficie: quando un projettile non rotondo entra per il suo diametro minore ed esce per il maggiore.

Nel più frequente numero dei casi il foro d'entrata è più grande di quello d'uscita: e ciò si spiega se si rifletta che un projettile agendo sulla cute, sotto la quale trovansi tessuti più o meno resistenti, l'attraversa senza distenderla, o appena sensibilmente, per modo che lascia una apertura proporzionata alla propria grandezza. Quando il projettile arriva al lato opposto, ha già perduto della sua velocità, e trova per ultimo la cute senza appoggio, la quale prima di essere trapassata, tocca il massimo grado di distensione, ed al cessare di questa presenta un'apertura di un diametro molto minore di quello del projettile trapassante. Alcune volte avviene che il projettile entrando nel corpo, trascina con sè pezzi d'abiti, ecc., ed esce solo: le palle oblunghe da carabina entrano talvolta per il gran diametro, ed escono per il piccolo.

Una differenza manifesta fra l'apertura d'ingresso e quella d'uscita si ha nel decorso della cicatrizzazione, nè in seguito scompare. Le cicatrici delle aperture d'entrata sono il più spesso di maggiore ampiezza di quelle d'uscita, e sono in generale rotonde, infossate, aderenti ai tessuti sottoposti: quelle di uscita presentano una sola macchia difficilmente aderente ai tessuti sottoposti.

Nella maggior parte dei casi l'apertura d'entrata ha perdita di sostanza; l'opposta invece è lacerata secondo la forma e le condizioni sotto le quali passò il projettile.

I margini dell'apertura d'ingresso sono per lo più depressi; quelli di uscita sono salienti verso l'esterno: non è però costante un tale carattere.

Conclusioni. — La piaga d'arma a fuoco è essenzialmente contusa.

Lo sbrigliamento vero si deve restringere a pochissimi casi.

Lo sbrigliamento, o taglio della cute ed aponeurosi superficiali d'inviluppo, non deve essere praticato che nei casi ne' quali si abbia a prevenire o mitigare le cause dello strangolamento.

Raro è il caso di emorragia primitiva da vasi grossi.

Nella maggior parte dei casi le arterie, anche di primo ordine, tagliate per metà dai projettili non dànno nemmeno emorragia secondaria: e ciò per un lavoro locale che chiude naturalmente le estremità aperte del vaso leso.

Non si ricorrerà quindi ad una legatura di precauzione se non ne' casi di assoluta necessità.

Il mezzo per agevolare la chiusura del vaso aperto è il tamponamento della ferita.

Il grumo che si forma alle estremità del vaso leso in pochi giorni si organizza e forma un sol tutto con esso.

Le emorragie secondarie in genere si presentano in settima od ottava giornata.

Per l'arresto di emorragia da vasi grossi, la legatura, sia primitiva che secondaria, deve essere praticata lungi dal sito della lesione.

I corpi stranieri, le scheggie libere od aderenti immobili si devono estrarre il più presto possibile.

Le scheggie sono causa frequente di tetano.

Le scheggie sono causa di lunghe e vaste suppurazioni che portano col tempo l'infezione purulenta.

Data una lesione di entità di un arto è indicata più spesso l'amputazione sul campo e negli ospedali di linea, che negli ospedali fissi.

Si praticheranno a preferenza le disarticolazioni degli arti quando sia impossibile l'amputazione nella sua continuità.

Si tenterà con maggiore speranza di riescita la conservazione d'un arto superiore, di quella d'un inferiore.

È impossibile fissare se si debba risparmiare od amputare un arto, date anche alterazioni di un genere determinato, essendone l'indicazione dipendente da troppo svariate circostanze.

Data l'indicazione dell'amputazione, questa deve praticarsi immediatamente.

L'esito delle amputazioni immediatamente eseguite è inverso dell'esito delle amputazioni secondarie; val quanto dire che la cifra delle guarigioni in seguito alle prime, corrisponde al numero delle morti in seguito alle seconde.

Il ghiaccio si deve applicare nel caso solo che si tema una diffusione d'infiammazione.

Gli emollienti non devonsi applicare che nei soli casi di necessità.

L'infezione purulenta è la causa più comune della morte dei feriti d'arma a fuoco.

Non si conosce alcun mezzo per neutralizzare l'infezione purulenta.

L'applicazione delle coppette scarificate lungo la spina, e l'amministrazione dell'oppio o del laudano ad alta dose, sono i mezzi che più risposero alla cura del tetano.

Nelle ferite d'arma a fuoco l'apertura d'entrata può essere eguale, più piccola, più grande di quella di uscita: nella maggior parte dei casi è più ampia.

L'apertura d'entrata è per lo più accompagnata da perdita di sostanza.

I projettili secondo i diversi tessuti che incontrano possono cambiar forma e direzione seguendo le leggi fisico-meccaniche.

La cicatrice dell'apertura d'entrata è più marcata e più durevole di quella di uscita.

Tavola numerica dei feriti d'arma a fuoco da me curati.

	Totale	Guariti	Morti
Ferite alla testa = delle sole parti molli	19	18	1 (1)
» con frattura del cranio e depressione d'ossa . .	3	2	1 (2)
Ferite alla faccia = delle sole parti molli	8	8	—
» con frattura del mascellare inferiore	2	2 (3)	—
» con frattura del mascellare superiore	1	1	—
Ferite al collo = delle sole parti molli esterne	2	2	—
» perforante con lesione della carotide primitiva: legatura della medesima: gangrena nosocomiale consecutiva: ripetizione d'emorragia al sito dell'allacciatura: legatura dell'innominata . . .	1	—	1
Ferite al petto = superficiali .	69	69	—
» Penetranti in cavità . .	10	7	3 (4)
	115	109	6

(1) Per risipola diffusa con metastasi alle meningi.

(2) Per tetano dietro inzeccamento di una scheggia nel cervelletto.

(3) Uno con deformità.

(4) Per spandimento di sangue in cavità.

	Totale	*Guariti*	*Morti*
	115	109	6
Ferite all'addome = delle sole parti molli	58	58	—
» penetranti in cavità . .	9	6	3 (1)
Ferite agli organi genitali = castrazione completa in uno = semicastrazione in un altro	5	5	—
Ferite alla spalla = delle sole parti molli	49	49	—
» con frattura di clavicola e scapola	5	5	—
» con lesione dell'articolazione scapulo-omerale a capo dell'omero = disarticolazione	2	1	1 (2)
Ferite al braccio = delle sole parti molli	61	61	—
» con frattura comminutiva dell'osso	24	—	—
» Amputati primitivamente dieci	—	9	1
» Amputati secondariamente nove	—	3	6
» Disarticolazione d'omero consecutiva 1	—	1	—
» Non amputati quattro . .	—	2	2 (3)
	328	309	19

(1) Uno per emorragia secondaria dell' arteria mesenterica superiore = 2 per peritonite e lesione della vescica e retto.

(1) Per gangrena nosocomiale.

(3) Per infezione purulenta.

	Totale	Guariti	Morti
	328	309	19
Ferite con lesione delle parti molli e dell'arteria omerale = legatura . . .	1	1	—
» con lesione delle parti molli e periostio . . .	11	11	—
Ferite all' avambraccio = delle sole parti molli . . .	17	17	—
» con frattura comminutiva delle due ossa	5	—	—
» Amputati immediatamente due	—	2	—
» » secondariamente tre	—	2	1
» con frattura d'un osso solo	4	4	—
Ferite alla mano e dita tutte con lesione d'ossa	25	25	—
» Disarticolazione di mano una, di dita dieci.			
Ferite alla coscia = delle sole parti molli	75	74	1 (1)
» con lesione della femorale: legatura	2	2	—
» con frattura comminutiva del femore 17: » con lesione grave dell'articolazione del ginocchio 7	24	—	—
	492	447	21

(1) Per gangrena d' ospedale.

	Totale	*Guariti*	*Morti*
	492	447	21
Ferite. Amputati primitivamente undici	—	7	4 (1)
» » secondariamente sette	—	1	6
» Non amputati cinque . .	—	2 (2)	3 (3)
» Disarticolazione del femore per lesione del capo 1	—	1	—
Ferite alla gamba = delle sole parti molli	34	34	—
» con frattura comminutiva delle due ossa	6	—	—
» Amputati primitivamente tre.	—	2	1 (4)
» » secondariamente uno	—	—	1
» Non amputati due. . . .	—	1 (5)	1 (6)
» con frattura del solo peroneo	4	4	—
» » della sola tibia	2	1	1
Ferite al piede = delle sole parti molli	7	7	—
» con lesione d'ossa . . .	20	20	—
» Disarticolazione del metatarso primitiva . . .	1	1	—
» » di dita . .	6	6	—
	572	534	38

(1) Due di tetano.
(2) Uno de' quali con falsa articolazione.
(3) Uno di tetano, due per infezione purulenta.
(4) Per gangrena nosocomiale.
(5) Dopo otto mesi di letto.
(6) Per infezione purulenta.

Della gangrena d' ospedale.

Dal settembre 1848 a tutto il febbrajo 1849 nell'ospedale militare divisionario di Alessandria regnò con forza la gangrena d' ospedale, come complicazione delle piaghe, e specialmente di quelle d' arma a fuoco.

Nella divisione di chirurgia da me diretta mi fu dato di osservarne e trattarne più di quattrocento casi.

Al primo presentarsi dell'infezione non ho mai riscontrato sintomi generali: alla località trovai la piaga farsi smonta e quasi edematosa, la secrezione del pus cangiarsi in secrezione di siero sciolto, acre, corrosivo, che rende all'ammalato una secrezione molesta, bruciore, ed alcune volte anche dolore.

Passato un tale stadio, nella piaga si formano diversi incavi cinericci, i margini della piaga si fanno ingorgati, dolorosi, duri, gementi facilmente sangue di un color rosso-oscuro, e la piaga è circondata da una zona rossa infiammata caratteristica. In progresso il fondo della piaga si copre di uno strato aderente polposo, striato spesso di sangue, che si fa più grosso, formato per la massima parte da tessuti mortificati, che si presentano in parte sotto forma di fibre tenute unite da una gelatina cinericcia, e che aderiscono con una certa tenacità ai tessuti vivi sottoposti.

Per staccare un tale strato benchè molle, non ba-

stano le lavature spinte anche con forza: bisogna ricorrere a mezzi taglienti.

La secrezione che si fa in tale stadio è di un liquame fetido, cinericcio o giallo-rugginoso.

Il dolore e la zona infiammata crescono: la gangrena si dilata dal centro verso la periferia progredendo dai margini della piaga verso la zona circolare: i margini si fanno irregolari, gonfi, spesso edematosi, e seguitano ad assumere l'aspetto polposo già descritto: lavoro che difficilmente si doma, perlocchè senza un'opportuna cura, in poco tempo diventa gigantesco, producendo guasti estesi, profondi, non rispettando alcun tessuto, cagionando così morte certa.

Quando le piaghe vestono gli arti, e principalmente gli inferiori, un'alterazione che spesso si presenta durante un tale processo è l'edema dell'arto affetto, ed un ingorgo delle ghiandole inguinali, principalmente delle profonde, e delle ghiandole ascellari.

Successa l'infezione della piaga in un punto, non sempre si propaga a tutta la superficie: il più delle volte però ad onta della cura più adatta, la gangrena si propaga rapidamente non solo su tutta la superficie della piaga esistente, ma anche su tessuti circonvicini.

Progredendo il lavoro gangrenoso, dalle estremità dei capillari rosi si ha gemizio di sangue: se però la piaga è profonda e vicina a grossi vasi, od in casi d'alterazione di piaghe d'amputazione, anche arterie di grosso calibro vengono mortificate, e si

hanno così gravi emorragie, e talvolta con esito mortale, dovendosi per arrestare il sangue ricorrere o a nuove amputazioni, od a legature di vasi principali in distanza, non potendosi operare sulla località per l'alterazione già contratta da tutti i tessuti vicini per la malattia in corso.

Parlando delle ferite d'arma a fuoco nominai già il soldato Martine Claudio, brigata Savoja, cui disarticolai l'omero per lesione avuta da una palla da fucile al suo capo. La piaga risultante dall'operazione praticata, in ventesima giornata si fece gangrenosa: in quarta giornata dall'infezione per il processo distruttivo in corso si mostrò l'emorragia dall'ascellare che mi obbligò alla legatura della suclavia. La cura applicata per arrestare il processo vigente non valse; avvenne la mortificazione del tessuto cellulare sotto i muscoli pettorali, la mortificazione dei muscoli intercostali, lo stravaso delle materie secrete nella cavità toracica corrispondente, e la morte.

Nel soldato Fontù Pietro, brigata Savoja, cui dovetti praticare la legatura della carotide primitiva alla caduta dell'escara da palla avuta al lato destro del collo, la piaga si fece gangrenosa; sei giorni dopo l'infezione per la mortificazione dell'arteria al punto della legatura si ripetè l'emorragia, che mi obbligò alla legatura dell'innominata. L'ammalato dieci ore dopo morì.

In molti individui ho osservato le piaghe farsi pallide, secernere un umore liquido corrosivo invece

di pus, durare un tale stato uno, due giorni, poi farsi di nuovo belle senza che si sia manifestata la infezione vera. Così pure osservai farsi stazionaria la gangrena in alcuni individui, e ripigliare in seguito il lavoro distruttivo.

In alcune sale della mia divisione chirurgica, per l'eccessiva affluenza di ammalati ed in particolare sifilitici, non potei isolare le malattie specifiche. Questa circostanza mi mostrò che negli individui affetti da malattie contagiose la gangrena s'innesta con maggior facilità, ed in minor tempo produce guasti enormi, più difficilmente frenabili. Fra i diversi casi avuti due ne ebbi gravissimi di individui affetti da sifilide.

Mario Giovanni, brigata Aosta, entrò nell'ospedale con ulceri sifilitiche sul glande e bubbone sinistro fuso: si praticò l'apertura del bubbone, da cui uscì una buona quantità di pus normale: il fondo della piaga era rosso, e non presentava degenerazioni: contemporaneamente alla cura locale, cominciai la cura generale interna. In quinta giornata, per trascuretezza e poca pulizia d'uno dei chirurghi che medicavano, successe l'innesto del contagio gangrenoso: in quattro giorni ad onta dell'applicazione di tutti mezzi i più opportuni ed energici la piaga si estese all'insù sino all'umbilico mortificando la cute e musculatura di tutta la regione iliaca corrispondente, all'ingiù sino alla metà della coscia scoprendo il fascio de' vasi all'arco crurale; in sesta giornata si sviluppò una peritonite acutissima:

in ottava si aprì la cavità del ventre alla regione iliaca, ed in poche ore morì.

Provera Francesco, genio zappatori, affetto da ulceri sifilitiche e parafimosi, entrò nell'ospedale: si ridusse il parafimosi: su di un'ulcera del prepuzio si innestò per trascuranza la gangrena dominante; in sei giorni dall'innesto la cute del pene era tutta mortificata, e durai molta fatica a frenare la diffusione ed a modificare la malattia, la quale però in dieci giorni fu tolta.

La gangrena nosocomiale attacca a preferenza il tessuto cellulare e l'adiposo: circostanza che spiega la causa per la quale le piaghe abbiano tendenza maggiore ad allargarsi che ad approfondirsi. La gangrena però, trascurata, non rispetta tessuti, mortifica muscoli, nervi, vasi, tendini, periostio ed ossa; ma il tessuto cellulare è il mezzo trasmessore del contagio.

Al primo svilupparsi della gangrena, come già dissi, difficilmente si possono riconoscere sintomi generali, ed in qualche caso anche si ha il decorso solo locale della malattia, senza che l'organismo vi prenda parte. Se vi partecipa, subentra febbre continua, con leggieri esacerbazioni e remissioni irregolari, il volto si fa pallido-giallognolo, e durante lo stato di esacerbazione diventa rosso, principalmente alle regioni zigomatiche, gli occhi sono languidi, poco lucenti, leggier dolor di capo, sonno breve e turbato, sete, calore aumentato; in alcuni persiste l'appetito, nella massima parte è abolito;

orine piuttosto rossigne, stitichezza, ecc. Quando la malattia si aggrava, tutti i sintomi suddescritti diventano più gravi, ed in particolare la febbre entra ad accessi forti, giornalieri, a tipo leggiermente irregolare, che comincia col freddo e termina con calore, quindi sudore profusissimo da simulare una vera intermittente; e talora si associano molti sintomi nervosi principalmente convulsivi: questi due ultimi sintomi sono di pronostico cattivo.

La gangrena nosocomiale è contagiosa. Onde corroborare col fatto il principio della contagiosità di tale malattia provai l'inoculazione della materia gangrenosa su molte piaghe di carattere diverso, e su individui di differente temperamento, tentai ben anco l'innesto sottocutaneo su parti sane.

Ventotto furono le inoculazioni su piaghe genuine: dieci le inoculazioni su parti sane: dieci quelle su piaghe sifilitiche.

Nei casi d'innesto su piaghe, in nessuno venne meno la tentata inoculazione.

Delle dieci inoculazioni sottocutanee in parti sane tre sole non corrisposero; negli altri sette al sito della puntura cominciò a svilupparsi una nuova piaga caratteristica.

L'inoculazione mi condusse alle osservazioni seguenti:

L'effetto del contagio si mostra due, al più tre giorni dopo l'inoculazione nella maggior parte dei casi; ebbi però un caso nel quale si sviluppò sei giorni dopo.

Il contagio agisce più prontamente sulle piaghe, quando è già inoltrato lo stato suppurativo, anzichè quando esista uno stato infiammatorio acuto, o sia in corso di cicatrizzazione.

Il contagio agisce prontamente, ed il processo gangrenoso si sviluppa con maggior rapidità su piaghe già state affette da tale malattia; su piaghe in soggetti di temperamento linfatico; in soggetti affetti da lue venerea; aventi tendenza allo scorbuto, deboli, affetti da imbarazzo gastrico, ecc.

Il risultato dell'innesto fu eguale tanto colla materia gangrenosa tolta dal vivo che dal cadavere; la sola differenza che notai è che la prima agisce con maggior prontezza.

La materia raccolta e difesa dal contatto dell'aria agisce anche dopo quattro, cinque giorni; solo l'infezione ne è meno pronta.

Un'altra prova evidentissima della contagiosità di questa complicazione la ebbi nel vedere che la malattia si sviluppava da letto a letto, fra ammalato ed ammalato, per gli inevitabili contatti, attesa la soverchia concorrenza d'ammalati.

Raccolsi un'altra prova dal vedere che gli ammalati medicati da uno stesso individuo trascurante della regola fondamentale della pulizia, erano tutti affetti dalla gangrena; mentre gli ammalati vicini, anzi in mezzo a due individui affetti da tale malattia, ne erano esenti per le necessarie precauzioni avute dall'ammalato ed in ispecie dal chirurgo medicatore. Questo fatto fu quello che mi condusse a

diminuire e fissare il numero degli ammalati a ciascun chirurgo addetto al servizio della Divisione, onde non avessero ad omettere le precauzioni necessarie per impedire la diffusione della malattia per innesto.

Un' ultima evidentissima prova della contagiosità mi si presentò nell' essere chiamato a vedere in casa particolare un signore di Alessandria affetto da piaga alla gamba sinistra, avente tutti i caratteri della gangrena: nell'esame delle cause il chirurgo curante confessò che aveva medicata una tale piaga coi ferri che aveva adoperati nell' ospedale su ammalati affetti da gangrena, e per dimenticanza non puliti dopo.

Le circostanze che influiscono alla rapida e maggior diffusione della malattia sono: l'immondezza degli ammalati, la località poco aereata, e quindi pregna di miasmi che si alzano dalla traspirazione, esalazione di orine, ecc.: la grave trascuratezza nelle medicazioni, la quale consiste o nell'adoperare ferri già usati su individui affetti da gangrena e non puliti, e principalmente i mezzi di esplorazione, come specilli e sonde scannellate, la cui conformazione è tale da trattenere la materia contagiosa: o nella mala abitudine di medicare le piaghe colle dita senza lavarsi in seguito accuratamente: o nell'adoperare lingerie sporche d' individui o trasportati o morti affetti da tale malattia: nell' adoperare nelle lavature mezzi assorbenti e posti a contatto delle piaghe, come sarebbero le spugne: nell'adunare un numero troppo

grande di ammalati in una sala non proporzionata al loro numero: nel non fissare a ciascun individuo i proprii utensili, e nel non usare tutte quelle cautele che rendono l'individuo quasi perfettamente isolato.

Questi fatti sono il semplice risultato delle osservazioni da me fatte in proposito.

Il contagio gangrenoso si propaga per immediato contatto.

Il contagio gangrenoso non agisce che sulla località, e non viene assorbito: viene bensì assorbito il liquido alterato, che a poco a poco porta l'individuo alla tabe, come in qualunquesiasi altro caso di assorbimento vasto e prolungato di pus, ma non succede, dirò così, l'avvelenamento contagioso.

A stabilire questa legge mi guidarono le osservazioni seguenti: nella massima parte degli ammalati affetti da piaghe alterate dalla gangrena, per frenare il processo e distruggere affatto il contagio mi bastò la cura semplice locale.

Negli individui ne' quali per i guasti enormi prodotti dalla gangrena in qualche arto, dovetti praticare operazioni ed anche amputazioni, la nuova piaga da me fatta per tale operazione non assunse mai l'aspetto gangrenoso, avvertendo però che non si ommisero le necessarie cautele.

Nel soldato Lometti, treno Provianda, ferito nel cavo popliteo da palla da fucile senza lesione d'ossa e d'articolazione, la piaga si fece gangrenosa: la distruzione de' tessuti si rese profonda: si mostrò

emorragia dall'arteria poplitea: ricorsi alla legatura della femorale, e mi fu dato in seguito di frenare il lavoro gangrenoso al poplite, nè la piaga fatta per la legatura assunse per nulla l'aspetto gangrenoso: il Lometti guarì.

Il soldato Pelissier, brigata Savoja, ferito alla musculatura della gamba sinistra da palla da fucile, fu trasportato e raccolto nella mia divisione di chirurgia, proveniente dall'ospedale di Voghera, dove pure esisteva la gangrena nosocomiale (notando anzi che il primo caso di piaga affetta dal contagio gangrenoso ne venne da Voghera): i guasti portati erano tanto estesi e profondi, era già guasta la fibula, già alterato il periostio della tibia, avvenuta già emorragia dalla tibiale anteriore, e distrutte molte parti molli per modo, che mi sono deciso alla amputazione appena al di sopra dell'articolazione del ginocchio. La piaga per l'amputazione fece un corso di cicatrizzazione normalissimo; trentasei giorni dall'operazione il moncone era cicatrizzato perfettamente. Ma il Pelissier volendo da solo esperimentare di discendere dal letto, cadde colla testa su di un cavalletto di ferro, e n'ebbe frattura del temporale sinistro, grave commozione del cervello che in quattro giorni lo portarono a morte.

Altri tre casi d'amputazione in tre soldati provenienti dall'ospedale di Tortona, dove pure dominava la gangrena, mi occorse di praticare per i guasti enormi esistenti al luogo della ferita: Una amputazione di avambraccio nel soldato Beretta Felice, bri-

gata Aosta: due di gamba nei soldati Genolas Luigi, treno Provianda, e Marese Salvatore, cacciatori guardie: in nessuno di questi la piaga dell'amputazione si alterò per il contagio prima esistente. Quando dunque si abbia a ricorrere all'amputazione in caso di gangrena nosocomiale si avrà solo riguardo alla convenienza relativamente allo stato dell'individuo, non al sospetto di recidiva.

Il fatto da me osservato, che potrebbe trarre in errore il chirurgo nel decidere se il contagio agisca o no solo sulla località, si è la condizione più predisponente a riceverlo, cui subisce un individuo già stato affetto da tale alterazione.

Non venendo assorbito il contagio gangrenoso, l'arte nostra può domare la gangrena in qualunque periodo, purchè non esistano gravi controindicazioni all'applicazione degli opportuni rimedj, e la forza vitale dell'ammalato sia capace ancora di reazione.

L'andamento di tale malattia offre tanto maggiore speranza di felice successo e pronto, quanto più presto viene essa curata cogli opportuni rimedj.

L'applicazione dei mezzi che accennerò, mi condusse in quasi tutti i casi, pochi eccettuati, ad un esito felice.

Consistendo la malattia in un' affezione primitivamente locale, la cura principale dev' essere locale esterna; sarà però coadjuvata dall'interna od universale secondo il modo di reazione o le complicazioni esistenti.

Avendo imparato dalle osservazioni fatte che il contagio esiste sulla sola località, e non viene assorbito, il mio studio pel modo di cura fu diretto soltanto a trovare un mezzo il quale fosse potente di neutralizzare il contagio stesso.

Il mezzo che primo si presentava e si poteva con certezza ritenere come distruttore della parte contenente il contagio era il caustico attuale, il ferro rovente. Diffatti l'applicazione sola del ferro rovente bastava a limitare, anzi a distruggere la gangrena benchè estesa e profonda.

Questo mezzo in vero alcune volte portava una impressione terribile sugli ammalati: ma per quanto io tenessi conto della impressione morale, certamente lo scrupolo di evitarla non mi sconsigliava dall'applicazione del ferro rovente, onde ottenni grandi ed assoluti vantaggi.

Mi occorsero però molte circostanze, nelle quali l'applicazione del ferro rovente sarebbe stata imprudente per la delicatezza e nobiltà delle parti sulle quali dovevasi esercitare; o riesciva impossibile accomodarla ai diversi seni nella piaga affetta dalla gangrena.

Ricorsi quindi all'applicazione di sostanze, o caustiche, o capaci di esercitare un'azione chimica correggitrice del contagio inerente alla parte affetta.

Esperimentai l'azione degli acidi idroclorico, solforico, nitrico, diluiti o puri, e della potassa caustica solida od in soluzione, non tanto sui tessuti alterati, come sul principio contagioso. Presi della ma-

teria gangrenosa che immischiai cogli acidi puri idroclorico, solforico, nitrico, provai l'inoculazione, ed in nessun caso mi successe l' innesto: applicai quindi questi acidi direttamente sulle piaghe, e vidi che la loro azione era solo caustica distruggitrice dei tessuti: lasciavano infatti un'escara più o meno distinta. Sciolsi la sostanza gangrenosa in diluzioni degli acidi soprannominati più o meno allungate, provai di nuovo la inoculazione, e vidi che perduta l'azione caustica dell'acido, perchè diluito ad un grado determinato, la virtù contagiosa non veniva distrutta, appariva infatti l'infezione in seguito all'inoculazione. L' acido che modificava maggiormente il principio contagioso, benchè molto diluito, era l'idroclorico, il quale però non mi diede risultati costanti.

Esperimentai la potassa caustica, e questa solida od in soluzione molto concentrata agiva come semplice caustico; se in soluzione, anche allungatissima, non agiva più come caustico, ma aveva la facoltà neutralizzatrice costante del principio contagioso. Infatti le diverse soluzioni del principio gangrenoso in diluzioni anche allungatissime di potassa caustica, innestate su piaghe non alterate, neppure una sola volta produssero l'infezione: laonde, conosciuta la virtù specifica neutralizzatrice sicura della potassa caustica, in più d'un centinajo di casi ebbi ricorso alla sola applicazione di tale sostanza, sicuro d'un esito felice, come con mia grande soddisfazione mi mostrò il fatto.

Il modo con cui io applicavo la potassa caustica

era il seguente: Per la prima volta prendevo dei pezzi di potassa caustica, li tenevo applicati per un dato tempo ai tessuti alterati cercando d'innicchiarmi anche nei seni della piaga: in progresso ne scioglievo per il primo giorno uno scrupolo per oncia d'acqua, imbevevo le fila, e le applicavo sulla piaga: ogni giorno diminuivo la soluzione di quattro, cinque grani, per cui in quarta, quinta giornata mi riducevo ad una medicazione semplice: solitamente la piaga in quest'epoca si era già fatta netta, ben granulata, normale. Dopo l'applicazione d'un tal metodo non ebbi a deplorare un solo caso d'esito infelice ad onta di guasti di molto rilievo.

Come già dissi il ferro rovente è spaventevole per l'ammalato: l'applicazione della potassa caustica sia solida, che in soluzione molto concentrata è dolorosissima nella sua applicazione: ma considerando la certezza della loro efficacia, io credo che nessuno vorrà obbliare tali eroici rimedj.

Un' altra osservazione che mi permetto fare si è quella di non lasciarsi intimorire dall'areola infiammata caratteristica intorno alla piaga gangrenosa per l'applicazione di questi mezzi stimolanti potenti, giacchè l'osservazione mostrò che, distrutto il principio contagioso gangrenoso, si risveglia un nuovo processo più omogeneo ai tessuti vivi, senza che mai succeda, o ben difficilmente, una complicazione di diffusione d' infiammazione.

Conoscendo la rapidità colla quale la malattia si diffondeva, e quanto danno recasse il temporeggia-

re, conoscendo la certezza d'azione dei mezzi suaccennati, ed essendo immenso il numero degli ammalati da curarsi, io mi arrestai sulle ricerche di nuove sostanze che fossero atte a curare tale malattia.

Sulle piaghe, principalmente piane, onde impedire che i liquidi secreti avessero, fermandosi molto a contatto della parte ammalata, a diffondersi sui tessuti vicini a fomentare il progresso e processo gangrenoso, usai con gran vantaggio, dopo l'applicazione dei mezzi suddescritti, le polveri assorbenti, ma non troppo irritanti, sulla località tanto sensibile e dolorosa: le polveri che trovai più vantaggiose e piu atte allo scopo furono la polvere di carbone vegetabile, ed il carbonato di magnesia soprattutto.

Questo riguarda alla cura locale. In quanto all'interna generale essa è relativa alle complicazioni, ai temperamenti, ecc.

Quando domina la gangrena oltre il curare gl'infetti, bisogna avere grandi avvertenze onde evitare la diffusione, e cercare di non mettere gli altri ammalati nelle condizioni fisiche favorevoli alla contrazione del contagio.

Oltre i riguardi, di cui già feci cenno discorrendo del modo di diffusione del contagio, limitavo la dieta agli ammalati, non trascorrendo all'esagerazione della dieta severa, anzi concedendo una data quantità di cibo relativa alle esigenze degli individui, onde evitare le complicazioni gastriche, le quali più potentemente contribuiscono alla pronta e rapida diffusione del contagio e relativo ingrandimento delle piaghe.

In quanto alla qualità dei cibi, se animali o vegetabili, non ho trovata grande differenza: in generale però io feci molto uso di verdura e farinacei, pomi di terra, quando non si opponevano le circostanze, ed ebbi buonissimi risultati: giacchè, somministrando carne, la suppurazione si faceva troppo abbondante, e le piaghe con facilità si estendevano. La carne fu da me ordinata nei casi di piaghe atoniche con molto vantaggio, coadjuvata anche con sostanze corroboranti.

Ho evitato, anzi abolito ogni mezzo che potesse deprimere, macerare i tessuti; circostanza eminentemente favorevole per contrarre il contagio. Rinnovavo la medicazione due volte al giorno, ed in qualche caso di vaste piaghe e profonde, anche tre volte, onde impedire il contatto troppo protratto della materia contagiosa: lavavo le piaghe quando era necessario, e con molta precauzione con acqua o semplice, o leggiermente acidulata con acido idroclorico.

Da quanto esposi emerge

1.° Che la gangrena nosocomiale è contagiosa, ed il contagio esiste in un umore sui generis secreto dalla piaga, il quale esercita un'azione morbosa specifica.

2.° Il contagio gangrenoso è suscettibile d'inoculazione.

3.° Il contagio è solo locale: non viene assorbito.

4.° Il contagio si propaga per contatto non risparmiando tessuti: investe però a preferenza il tessuto cellulare, organo conduttore del contagio agli altri tessuti.

5.° La cura sola locale basta per togliere, neutralizzare il contagio.

6.° La cura interna è solo coadjuvatrice.

7.° La cura del contagio gangrenoso non permette di temporeggiare.

8.° I caustici in generale sono i mezzi i più sicuri per distruggere il contagio.

9.° Il ferro rovente, la potassa caustica, gli acidi solforico, nitrico, idroclorico, ecc., puri agiscono distruggendo i tessuti ne'quali risiede il contagio.

10.° La potassa caustica anche in soluzione allungatissima possiede una virtù solo chimico-specifica neutralizzatrice del contagio gangrenoso.

11.° Si possono praticare francamente operazioni qualunque, legature di vasi, amputazioni, ecc., senza timore che la piaga risultante abbia ad assumere di nuovo il carattere gangrenoso.

12.° La piaga gangrenosa vera lasciata a sè produce continuamente guasti maggiori, e non è suscettibile di guarigione spontanea.

13.° Il contagio viene con maggior facilità contratto, e disorganizza con maggior prontezza i tessuti negli individui già affetti da altra malattia contagiosa, ed in ispecie dalla sifilide.

14.° La degenerazione gangrenosa si presenta due, tre giorni al più dopo l'inoculazione del contagio.

15.° Il mezzo più comune di trasmissione del contagio negli ospedali consiste nei ferri che vengono adoperati per le medicazioni, e per la pulizia dei quali non si usa la necessaria accuratezza: e consiste an-

cora nella trascuratezza dei medicatori ed assistenti degli ammalati.

16.° L'infezione gangrenosa contagiosa anche guarita lascia una tendenza alla recidiva.

17.° Il chirurgo non è mai abbastanza sottile e scrupoloso nell' adottare le precauzioni necessarie per impedire la diffusione del contagio.

Mémoires de la Société, etc. — *Memorie della Società di Chirurgia di Parigi. Fasc. 4.° ed ultimo del Volume primo. — Un Vol. di pag.* 618. *Parigi*, 1849, *in-4.°, con tav.* — (*Estratto. Continuazione della pag.* 188 *del presente Volume*, e *Fine*).

Orchite idiopatica del lato sinistro; sbrigliamento dell'albuginea; mortificazione dei vasi seminiferi; espulsione spontanea di questi vasi, indi dell'albuginea attraverso la ferita; guarigione; del dott. Deguise, *il figlio.*

Un uomo, certo Delpeau, dell' età di 48 anni, ricoverava all' ospitale nel giugno 1847, per una semplice affezione gastro intestinale, curata nello spazio di dodici giorni con rimedj emeto-catartici. Sul punto di essere licenziato dall'ospitale, il 26 dell'istesso mese, senza alcuna causa nota, il Delpeau venne preso da dolore assai vivo al testicolo sinistro; lo scroto era gonfio dall'istesso lato, con un pò di rossore alla pelle; il testicolo e principalmente l'epididimo erano dolenti e gonfi; il cordone indurito, dolentissimo anche alla pressione; la

tunica vaginale pareva contenere una certa quantità di liquido.

Sebbene non avesse preceduto alcuna causa nè traumatica, nè metastatica, ed il paziente asserisse di non aver mai contratto alcuna malattia virulenta, pure per la grande somiglianza della malattia coll'orchite blennorragica, l'Autore si decise di curarla come tale, e ripromettevasi che vinta l'infiammazione sarebbe ricomparso lo scolo. Ma ad onta del metodo antiflogistico attivo consistente in ripetute sanguettazioni, nell'applicazione degli emollienti e in qualche purgante, persistevano i dolori, e pareva alquanto aumentato lo spandimento nella vaginale. *Deguise* passò alla puntura di questa tunica con un bistorì a lama assai stretta, e ne uscì un liquido leggiermente citrino chiaro trasparente, valutabile a circa 20 grammi. Si continuò dippoi nell'istesso metodo, ma senza alcun miglioramento.

Il 10 luglio i dolori sono intollerabili; l'ammalato non può trovare un momento di riposo; la febbre persiste. La gonfiezza però non è aumentata di molto.

L'Autore, credendo dover cessare dall'applicazione delle sanguisughe, le quali d'altronde avevano indebolito assai l'ammalato, si decise a sbrigliare il testicolo.

Entrò nella vaginale coll'istesso bistorì che aveva adoperato per fare la prima puntura, dippoi incise la pelle e gli altri involucri del testicolo fino all'albuginea per l'estensione di circa due centimetri, incise alla sua volta questa tunica per lo stesso tratto, e mise allo scoperto i canali seminiferi i quali non parevano presentare alcuna alterazione.

Due ore dopo questo sbrigliamento, l'ammalato provò un sensibile miglioramento.

All'indomani i dolori erano cessati, e si ridestavano soltanto alla pressione; la piaga suppurava abbondantemente, non vi era febbre, nè scolo dall'uretra. In bre-

ve i dolori cessarono del tutto: lo scroto era notabilmente diminuito di volume; tuttora grosso il cordone e l'epididimo, diminuita la suppurazione.

Una quindicina di giorni dopo l'operazione dello sbrigliamento, nel levare il cataplasma, si trovò in mezzo alla marcia una massa molle giallastra, del volume di una piccola noce, che si riconobbe facilmente alla sua struttura appartenere ai condotti della glandola seminale.

Continuava il miglioramento, e dopo altrettanti giorni si vide una sostanza di un bianco madreperla che tendeva a farsi strada dalla ferita dello scroto e impediva lo scolo della marcia; presa questa sostanza colla pinzetta, e estratta con facilità, si riconobbe che era la tunica albuginea.

Da questo momento la guarigione ha progredito rapidamente, in pochi giorni la piaga era cicatrizzata; lo scroto del lato sinistro è un pò meno voluminoso del lato destro; il cordone non presenta alcuna durezza nella sua parte superiore; all'imbasso, s'accorge della presenza di un corpo allungato e rotondo che si potrebbe prendere ancora per il testicolo se non si sapesse ch'era uscito; desso è il prolungamento del cordone, è l'epididimo leggiermente tumefatto.

L'ammalato uscì dall'ospitale perfettamente ristabilito dopo due mesi circa di decubito.

Questo fatto non appartiene alla serie delle affezioni acute gravi del testicolo nelle quali, secondo *Vidal de Cassis*, è indicato lo sbrigliamento. In esso scorgesi il seguito di una affezione del tubo digerente, in un soggetto mal nudrito, male alloggiato, e indebolito dall'applicazione di un centinajo di sanguisughe; è evidente infatto il rapporto che esiste fra questa malattia e la lesione viscerale dell'addome, e tutto porta a credere che esistesse già la mortificazione dell'organo allorchè fu

eseguito lo sbrigliamento. Era insomma una specie di carbonchio del testicolo.

Sulle resezioni articolari ; del dottor Chassaignac, *chirurgo dell'ospitale di Parigi.*

L'Autore presenta alla Società alcuni pezzi allo scopo di far considerare le differenze individuali, talvolta ragguardevoli, che esistono nella lunghezza comparativa dell' apofisi coronoidea del mascellare inferiore esaminato nei diversi soggetti. Fa vedere un pezzo sul quale l' osso mascellare di un uomo adulto poggiando colla sua base sopra un piano orizzontale, il condilo è più elevato dell' apofisi coronoidea, di cui supera la sommità in altezza. Su di un altro pezzo, avente la medesima posizione, e appartenente, come il primo, a un soggetto adulto, è invece l' apofisi coronoidea che oltrepassa il livello del condilo a tanto che ne supera l'estremità superiore per l' estensione di quasi un pollice. I fatti di questo genere osservati già da lungo tempe dall'Autore, l' hanno condotto ad una applicazione pratica ch'egli suole esporre da più anni nelle sue lezioni di medicina operatoria.

Nella disarticolazione temporo-mascellare, egli propose di fare, colla pinzetta di *Liston,* la sezione preliminare dell' apofisi coronoidea prima di procedere alla disarticolazione del condilo. Si comprende in fatto, che nei soggetti forniti di un' apofisi coronoidea allungata come quella ch' ei fa vedere nel pezzo, il tempo dell' operazione, che consiste nel tagliare l' inserzione coronoidea del crotafite, è assai laborioso. Egli è mestieri di penetrare ad una profondità considerevole nella fossa zigomatica-temporale, e lo strumento viene diretto con maggiore difficoltà 1.° quando l'estremità del bistorì essendo totalmente sottratta alla vista, non la si può guidare che a tentone ; 2.° quando lo strumento venen-

do presentato alle parti da tagliarsi in una direzione che si avvicina tanto più al parallelismo coll'apofisi coronoidea quanto più questa è lunga, si opera precisamente nel modo più conveniente, per tagliare le aponeurosi e i tendini resistenti per mezzo dei quali l'estremità inferiore del temporale involge in certo qual modo tutta l'apofisi coronoidea; 3.° infine, quando il condilo, trovandosi ancora fisso nella sua articolazione, impedisce di far eseguire all'osso i movimenti che potrebbero facilitare la sezione del temporale.

L'Autore crede di poter asserire che in qualunque stato di causa, ed anche nei soggetti che sono il meno favorevolmente disposti sotto questo rapporto, il *tempo più difficile, ed anzi il solo difficile dell' operazione, è la sezione dell' inserzione coronoidea del temporale.* Egli ha dunque trovato un vantaggio reale nel sezionare precedentemente l'apofisi coronoidea alla sua base colla pinzetta di *Liston*, nel fare in seguito la disarticolazione del condilo, e nel levare se non dopo la rimanente porzione dell' apofisi coronoidea.

Questa modificazione del processo operatorio non è forse di molta importanza in sè stessa, ma lo diventa agli occhi dell'Autore, per ciò che è una delle tante applicazioni dei principj ch'egli insegna nel suo « Manuel opératoire des résections articulaires ».

Ecco quali sono i principj di cui si serve per guida l'Autore in tutte le resezioni articolari indistintamente.

Per ciò che risguarda l' incisione integumentale

1.° Si può, per tutte le resezioni articolari, accontentarsi di una incisione sola per lo più rettilinea, e in alcuni casi soltanto curvilinea;

2.° In tutte le resezioni articolari, conviene far precedere alla disarticolazione la sezione dell'osso da disarticolare;

3.° Sia che due ossa soltanto prendano parte all'ar-

ticolazione, sia che ve n' abbiano tre, bisogna sempre cominciare l' estrazione successiva delle estremità da quella che è più facile a disarticolarsi. Una resezione prepara e facilita la consecutiva.

L' Autore fa osservare che i due suindicati principj hanno fra loro un tal legame, che il primo, quello dell' incisione unica, non può applicarsi in tutti i casi, se non si applica parimenti il secondo principio, quello della sezione preventiva dell' osso da risecarsi, o per parlare più chiaramente, l' incisione unica non rende facile l' operazione se non si sega l' osso prima di disarticolarlo.

È noto essere già stati fatti dei tentativi allo scopo di semplificare le incisioni necessarie per risecare le estremità articolari. Un esperimento di questo genere è stato fatto con successo e a più riprese da *Roux* per la risezione del cubito. Questi ha sostituito con vantaggio l' incisione a T all' incisione ad H, ch' era non ha guari ed è ancora per alcuni pratici il solo metodo in uso in questa risezione.

Apparecchio istrumentale. — Un metodo che agevola di molto l' applicazione dei principj suesposti, si è l'uso abbastanza generalizzato del tira-fondo come mezzo di facilitare l' esecuzione del tempo che consiste nel disarticolare. Il pensiero di applicare sopra una gran scala e a quasi tutte le resezioni articolari, l'uso di questo istrumento, fu suggerito da *Vidal* (*de Cassis*), dal quale è stato impiegato con vantaggio in una resezione delle ossa della gamba, alla parte inferiore, eseguita sul cadavere. Un tira-fondo un pò acuto, montato su un manico dritto o sopra un manico da trefine se impiantato nella porzione d' osso da disarticolare, dà un braccio di leva che agevola la disarticolazione. Si possono moltiplicare queste applicazioni di tira-fondo; ma è raro che occorra di applicarne più di due. Si può parimenti usare

al medesimo scopo una pinzetta ad uncini armata di un manico assai resistente; un cavadenti può servire al medesimo scopo per certe resezioni.

Finalmente l'applicazione dei precedenti principj operatorj suppone l'uso quasi costante e indispensabile della sega a catena.

Rispetto a quest'ultimo punto, l'Autore ha trovato di dare all'ago di *A. Cooper* una forma che agevola l'introduzione della sega a catena negli spazj stretti, nei quali si è obbligati di guidarla per molte resezioni. Questa modificazione consiste nel fendere ad occhio di pernice la scanalatura dell'ago. Questa disposizione permette di attaccare anticipatamente la sega a catena al filo che deve servire a guidarla. Questo filo, quando è passato dalla parte per dove si vuol condurre la sega a catena, lo si tira a sè, o col dito, o coll'uncino, e si può ritirare l'ago dalla parte d'onde fu introdotto senza distaccare la sega a catena. L'ago così disposto ha dei vantaggi per cui si rende molto spedito l'eseguimento dell'operazione.

È da notare altresì che nel caso di disarticolazione di parecchie estremità ossee concorrenti ad una medesima articolazione, è necessario di disarticolare successivamente ciascuna estremità ossea, sempre colla sezione preventiva dell'osso. Questo metodo esige nell'incisione esterna assai minore estensione che non la disarticolazione in massa o la doppia sezione senza disarticolare. Così pure nella disarticolazione di due ossa che si riuniscono colle loro estremità, s'incomincia la sezione di uno di essi, poi si disarticola, e si termina risecando l'estremità dell'altr' osso.

L'Autore passa a indicare il modo di esecuzione che egli adopera per ciascuna resezione in particolare.

1.° *Resezione della clavicola.* — Incisione parallela lala clavicola e isolatamente di quest'osso nella sua parte

media; sezione dell'osso in questo punto colla sega a catena; estirpazione isolata e successiva di ciascuna estremità divenuta indipendente mercè la sezione dell' osso in due parti.

2.° *Resezione dell'acromion.* — Incisione semi-lunare alla parte posteriore della spalla: la convessità dell' incisione rivolta in basso; passaggio della sega a catena al di sotto del pedicciuolo dell' acromion; sezione di questo pedicciuolo; disarticolazione. L' Autore ha praticato la resezione dell' acromion in un ammalato degente nell' ospitale della Carità, nella sala del professore *Gerdy.* Una incisione curvilinea colla convessità rivolta in basso scoperse ampiamente l' acromion, e permise di levare la porzione ossea ammalata coll' istessa facilità come se avesse impiegato l' incisione a croce o a T.

3.° *Resezione del capo dell' omero.* — Lunga incisione verticale sulla parte media del deltoide, continuata fino agli attacchi inferiori di questo muscolo; passaggio della sega attorno al collo chirurgico dell'omero; sezione dell' osso. Nella dissezione che precede la divisione dell'osso, l'Autore ha sempre l' avvertenza di distaccare il tendine del bicipite dalla scanalatura dove è tenacemente attaccato. Questi è forse il solo tempo difficile dell' operazione; è necessario avvertir ciò per due motivi: 1.° in qualunque resezione non si dovranno tagliare altri tendini fuori di quelli la di cui sezione è indispensabile per l' esecuzione del processo; 2.° se, per inavvertenza, si impegnasse la sega a catena in modo da comprendere il tendine, invece di passarla fra questi e l'osso, si incontrerebbero gravi difficoltà nel maneggio della sega. Compita la sezione dell'omero, si rovescia la estremità superiore di esso, e, prendendolo coi mezzi sopra indicati, la si estrae tagliando prima i tessuti dalla parte inferiore.

4.° *Resezione del cubito.* — Incisione unica e rettili-

nea alla parte esterna e alquanto posteriore del cubito. Con questa incisione, si evita il nervo radiale e il cubitale; dapprima il radiale, poichè facendo l'incisione quattro dita trasverse al di sopra dell'articolazione del cubito, la sua estremità superiore viene a cadere al di sotto della scanalatura obbliqua che percorre il nervo radiale sulla parte posteriore dell'omero. Lo stesso nervo non verrebbe leso pel tragitto dell'incisione alla parte esterna del membro, poichè, come si è detto, l'incisione cade un poco all'indietro. Quanto al nervo cubitale, dipende dalla facilità della disarticolazione successiva di ciascun osso, e dalla loro sezione precedente, il poterlo snucleare dalla sua infossatura senza alcun pericolo di offenderlo col bistorì. Fatta l'incisione longitudinale, si isola l'estremità superiore del radio. Sezione, poi estrazione immediata di questa estremità, resa molto facile coll'uso della sega a catena; isolamento colla dissezione dell'estremità inferiore dell'omero a una distanza più o meno considerevole al di sopra delle superficie articolari; impegno della sega a catena, e sezione dell'estremità inferiore. Quindi ogni difficoltà cessa per la possibilità di far sporgere fuori della ferita l'estremità inferiore dell'omero che si isola dalle parti molli e principalmente dal nervo cubitale. Disarticolazione ed esportazione dell'estremità trocleare dell'omero; isolamento dell'estremità olecranica del cubito, poi sezione di quest'osso.

5.° *Resezione dell'articolazione della mano.* — Incisione longitudinale al lato interno dell'articolazione: sezione, poi disarticolazione dell'estremità inferiore del cubito; passaggio della sega a catena all'intorno dell'estremità inferiore del radio; sezione di quest'osso, indi disarticolazione.

6.° *Resezione dei metacarpi.* — Incisione unica sul dorso della mano parallelamente al metacarpo da rise-

care; sezione dell'osso alla sua parte media, poi estrazione isolata di una delle sue estremità o di due successivamente.

7.° *Per la resezione del femore.* — Questa può farsi in due punti: o direttamente sul collo al di sotto del capo, o al di sotto dei trocanteri. Sì per l'una che per l'altra, incisione curvilinea, colla concavità all'avanti, comprendendo la parte posteriore del gran trocantere; isolamento colla dissezione sia del collo, sia della parte superiore dell'osso, al di sotto dei trocanteri; passaggio della sega a catena; sezione, poi disarticolazione. Egli è necessario in questa resezione di servirsi, per l'impegno della sega a catena, d'un ago ad ampia curvatura.

8.° *Per la resezione del ginocchio.* — Lunga incisione al lato esterno dell'articolazione; isolamento in sezione del peronéo in corrispondenza del collo di quest'osso, poi disarticolazione del capo dell'osso; passaggio della sega a catena intorno all'estremità inferiore del femore; sezione dell'osso e disarticolazione, indi resezione della tibia.

9.° *Resezione dell'articolazione del collo del piede.* — Lunga incisione leggiermente curva nel suo terzo inferiore al lato esterno dell'articolazione; sezione del peronéo colla sega a catena, poi disarticolazione dell'estremità inferiore di quest'osso, in seguito passaggio della sega a catena intorno all'estremità inferiore della tibia; sezione, poi disarticolazione dell'estremità inferiore della tibia.

10.° *Resezione dei metatarsi.* — In tutto simile a quella dei metacarpi.

11.° *Resezione e disarticolazione dell'osso mascellare inferiore.* — Per la disarticolazione, si divide col mezzo di forbici l'apofisi coronoidea prima di fare la disarticolazione.

I vantaggi che l' Autore attribuisce ai metodi operatorj da lui proposti sono in generale i seguenti:

1.° Minor guasto delle parti molli, poichè una incisione unica può bastare per tutte le resezioni, e non è necessario ch' essa sia più estesa della più grande di quelle che si pratica quando si fanno delle incisioni multiple. La deformità risultante dalle cicatrici multiple è evitata.

2.° Abbreviamento notabile del tempo il più difficile delle resezioni, quello che consiste nel disarticolare l'osso di cui si vuol levare l' estremità articolare. Questo tempo riesce di somma facilità quando si seghi l' osso prima di disarticolarlo, perciocchè si ottiene mediante la sezione preventiva una porzione ossea di una straordinaria mobilità alla quale si imprime in tutti i sensi i movimenti i più opportuni per la sua enucleazione.

3.° Minore durata dell' operazione; dissezioni meno estese.

4. Più facile combaciamento delle ferite; ciò che favorisce la riunione primitiva in una più o meno grande estensione, e in tutti i casi può abbreviare la guarigione definitiva.

5.° Si evita la sezione di molti nervi, tendini e vasi, poichè l' incisione essendo quasi sempre longitudinale, vale a dire parallela all' asse dell' arto, il bistorì scorre parallelamente lungo questi diversi organi; mentre nei processi ordinarj, con incisioni trasversali, si è sempre esposti a tagliare nervi, vasi o tendini importanti.

6.° Talvolta prima di praticare una resezione, non si può sapere precisamente quale sarà l' estensione della porzione d'osso da levarsi. Se si conosce che questa porzione è piccolissima, non si ha almeno fatto che una sola incisione, e il guasto è molto minore di quello che si produce colle incisioni multiple. Allo scopo di evitare questo guasto e quella specie di sminuzzamento delle

parti molli l'Autore ha sostituito nel tira-fondo l'incisione curvilinea, o a V, all'incisione a croce.

L'Autore fa osservare finalmente, che incominciando con una sola incisione vi ha sempre la possibilità, se il caso lo esige, di complicare la prima incisione di una seconda o di una terza. —

Egli è qui prezzo dell'opera di far conoscere ai nostri lettori il rapporto della Commissione incaricata dell'esame di questo lavoro. Dessa era composta dei dott. *Laugier, Vidal (de Cassis)* e *Robert*, relatore. Eccolo:

1.° Per operare la disarticolazione temporo-mascellare, *Chaissagnac* consiglia di tagliare l'apofisi coronoidea alla sua base colla pinzetta di *Liston* prima di procedere alla disarticolazione dei condili, e di non levare che dopo la porzione che rimane dell'apofisi. Egli si fonda su ciò che, secondo lui, la sezione dell'inserzione coronoidea del muscolo temporale è il tempo il più difficile dell'operazione; e su di ciò che in alcuni soggetti queste difficoltà naturali vengono notabilmente accresciute da una lunghezza smisurata dell'apofisi coronoidea, la quale è profondamente collocata nella fossa temporo-zigomatica, e rende l'inserzione del muscolo temporale difficilmente accessibile, sia al bistorì, sia alla forbice.

Relativamente a questo primo punto, la Commissione non sarebbe intieramente dell'opinione dell'Autore. E di fatto, nello stato normale, la sommità dell'apofisi coronoidea si trova quasi al livello del condilo od anche un pò al di sotto di esso; essa corrisponde al margine inferiore dell'arco zigomatico, di modo che la mascella inferiore essendo abbassata, questa sommità diventa facilmente visibile, e permette di tagliare sia con un bistorì bottonuto concavo, sia colle forbici le fibre tendinose del muscolo temporale. Ora, si sa che nel mentre si procede alla disarticolazione temporo-mascellare, dopo

tagliate le parti molli esterne, e distaccato il muscolo massetere dall'osso alla sua estremità inferiore, è di precetto di segare verticalmente il corpo della mascella sopra un punto qualunque della sua lunghezza, poi di abbassarlo fortemente, ciò che permette di tagliare facilmente il muscolo temporale, poi di rivolgere l'osso all'infuori, di distaccare il muscolo pterigoideo interno, e di operare finalmente la disarticolazione. Modificare questo processo, e volere che si tagli l'apofisi coronoidea prima di interessare l'articolazione, sarebbe adunque complicare inutilmente una operazione già lunga, laboriosa, e di cui importa anzi abbreviarne la durata. La Commissione riconosce però che se l'apofisi coronoidea si trovasse molto più lunga di quello che allo stato normale, potrebbe risultarne gravissime difficoltà, e sarebbe quindi più conveniente di tagliare preventivamente questa apofisi, giusta il consiglio di *Chassaignac*. Era dunque necessario di cercare quale potess' essere la frequenza dell'anomalia segnalata dall'Autore. *Robert*, il relatore, si è portato all'anfiteatro anatomico degli ospitali, ove si trova una ricchissima raccolta di teste di tutte le età e di tutte le razze; ed ha potuto esaminarne all'incirca trecento. Ora, su questo numero, non ne ha trovato che una sola nella quale l'apofisi coronoidea fosse rimarchevole per la sua eccessiva lunghezza: essa oltrepassava di un centimetro e mezzo il livello del condilo; sopra due altre eccedeva questo livello di un centimetro circa; sopra il restante, la sua sommità si trovava all'altezza del condilo, od anche un pò al di sotto di esso. Risulta pertanto da queste indagini che se praticando la disarticolazione temporo-mascellare, è possibile incontrare degli ostacoli per arrivare all'inserzione coronoidea del muscolo temporale; questi ostacoli però sono rari, e non bastano per determinare a un cambiamento nel processo operatorio generalmente adottato.

2.° Resta ora a esaminare le modificazioni proposte da *Chassaignac* alle resezioni nella contiguità delle ossa.

Due principj gli servono invariabilmente di guida nelle operazioni di questo genere: 1.° relativamente alla pelle, accontentasi di una incisione unica per lo più rettilinea, e in alcuni casi soltanto, curvilinea; 2.° far precedere la sezione alla disarticolazione dell'osso da disarticolarsi. Per operare la sezione dell'osso, l'A. usa sempre la sega a catena, e la guida sotto l'osso per mezzo dell'ago da aneurisma di *Astley Cooper*. Per facilitare l'estrazione dell'estremità risecata, adotta l'uso del tira-fondo, già consigliato, nelle operazioni di questo genere, da *Vidal (de Cassis)*.

La Commissione approva la maniera di sezionare e di estrarre l'osso adottata da *Chassaignac*, sebbene *Laugier* abbia creduto dover fare delle osservazioni rispetto al tira-fondo di cui aveva già disapprovato l'uso in un suo lavoro (« Bulletin chirurgical », ottobre 1840, p. 97). La Commissione si limita a discutere i due principj generali che servono di base a *Chassaignac* nelle resezioni articolari, e per andare con maggior precisione in questa indagine, ne esamina in particolare le principali resezioni.

A. Per l'estremità superiore dell'osso del braccio, *Chassaignac* fa partire dal centro del margine del acromion una lunga incisione che dirige in basso parallelamente all'asse dell'omero; egli mette a nudo quest'osso in corrispondenza del suo collo; lo sega attraverso colla sega a catena, poi fa entrare il tira-fondo nel tessuto spongoso del capo, e compie la disarticolazione resa più facile dai movimenti variati che si possono imprimere al manico dell'istromento. Sul cadavere, questo processo è di esecuzione pronta e facile, ma la sua applicazione clinica non va esente da un grave inconveniente. Nei processi ordinarj, si può sempre, prima di praticare la

resezione, considerare l'estensione della malattia dell'osso che la reclama. In fatti, lussato l'osso, si prende norma dall'aspetto della superficie articolare, dalla deformità, dalla consistenza dell'osso, per determinare il luogo dove conviene applicare la sega; mentre nel processo di *Chassaignac*, questo esame riesce impossibile, e l'operatore è sempre esposto a tagliare o troppo o troppo poco. *Chassaignac* oppone ai processi ordinarj le difficoltà che s'incontrano per entrare sotto l'acromion per interessare la capsula e lussare il capo dell'osso. I suoi rimarchi sono fondati probabilmente sul processo di *Whytt* e di tutti quelli che derivarono da esso; ma il relatore ha fatto conoscere un processo col quale non si incontra nessuna di queste difficoltà. Esso consiste nel far partire l'incisione non dal margine esterno dell'acromion, ma dal margine esterno della clavicola, rimpetto allo spazio acromio-coracoideo; nel dirigerla in basso e all'infuori, parallelamente all'asse del braccio; nel passare fra le fibre del muscolo deltoide; e nel tagliare il legamento acromio-coracoideo: si penetra direttamente e immediatamente in corrispondenza dell'articolazione, e facile riesce allora il tagliare la capsula, portare all'infuori il capo dell'osso, e risecarlo alla altezza che si conviene. Dietro questi motivi la Commissione giudica che i principj adottati da *Chassaignac* non possano essere applicati con successo alla resezione del capo dell'omero

B. Per praticare la resezione nelle parti degli arti composte di più ossa, l'Autore consiglia di cominciare dall'osso il più facile a disarticolarsi; una resezione, secondo lui, prepara e facilita l'altra.

Al cubito, egli fa una incisione al lato esterno dell'arto, isola dapprima l'estremità superiore del radio, la sega e la estrae; poi sega l'omero, lo disarticola, e termina colla resezione del cubito.

La Commissione ha osservato che questo processo abbisognava una incisione assai lunga, cosa che vuol essere notata. Ma il fatto che fermò soprattutto la sua attenzione, si è che il nervo cubitale si trova nella parte più profonda della ferita, e che allorquando si agisce su tessuti guasti, gonfi, induriti, l'isolamento di questo nervo dev' essere difficile e poco sicuro.

È inutile descrivere dettagliatamente la resezione dell' estremità inferiore dell' osso dell' avambraccio e della gamba. La Commissione ha rimarcato che in queste operazioni i processi di *Chassaignac* presentavano estesissime difficoltà, che necessitavano di lunghe incisioni, e che l'Autore era obbligato di applicare la sega troppo lontano dall'estremità articolare dell' osso. La Commissione ha considerato altresì che se si incontrano queste difficoltà operando sul cadavere e su tessuti sani, se ne devono presentare di ben più gravi al letto degli ammalati ogniqualvolta le ossa sono gonfie, la periostosi oscura, le parti molli indurate, e trasformate in un tessuto quasi omogeneo, inelastico, duro e infiltrato di sierosità. La Commissione non esita a preferire, per questi casi, le incisioni assai lunghe e numerose, per mettere allo scoperto facilmente, ampiamente le parti ammalate, in modo da abbreviare, più ch' è possibile, l' operazione, e per rispettare gli organi importanti che si trovano intorno all' articolazione. Il vantaggio che l'Autore attribuisce ai suoi processi, si è di evitare la formazione dei lembi e la pluralità delle linee cicatrizzanti; questo vantaggio però non sembra sufficiente a compensare le difficoltà e gli inconvenienti ch' esso presenta.

La Commissione pertanto è d'avviso che, applaudendo tuttavia allo zelo e agli sforzi dell'Autore nel perfezionare il processo operatorio delle resezioni; essa non potrebbe generalmente parlando accordarsi nei principj da lui adottati.

Osservazione di guarigione d'una flebite sopraggiunta a un salasso, che presentò tutti i sintomi dell'infezione purolenta; del dott. VIDAL *(de Cassis).*

Pietro Dezé, carrettiere, a 28 anni, uomo assai robusto, di temperamento sanguigno linfatico, non era mai stato ammalato, e solo nel dicembre 1844 ricoverò all'ospitale « du Midì » per esservi curato di un ulcero indurito al prepuzio con bubbone indolente.

Il 17 dell'istesso mese, giorno susseguente al suo ingresso nell'ospedale, venne fatto salassare nella vena mediana cefalica del braccio destro.

Il 18, la piccola ferita era ancora aperta, e fra le sue labbra presentava un umore sieroso oscuro; l'ammalato accusava inoltre dolore alla piegatura del braccio che aumentò nei giorni susseguenti accompagnato da febbre con brividi e da una considerevole gonfiezza al braccio che si estende verso l'ascella; lungo il margine interno di esso riscontravasi al tatto un grosso cordone assai resistente. A questi sintomi s'aggiunse grave cefalalgia con febbre assai viva, indi il delirio dapprima tranquillo e passaggiero, in seguito furioso e continuato; l'alterazione della fisonomia assai rimarchevole, la pelle itterica, secca e calda; la lingua arida, fuligginosa, la respirazione affannosa. In questo stato di cose, si amministrò il chinino ad un decigrammo, previe due applicazioni di sanguisughe lungo il margine interno del bicipite, cataplasmi ammollienti, ecc.

Fattosi tranquillo il delirio e ricuperati i sensi, l'ammalato si lagna di dolori violenti su diversi punti del petto. Praticate varie incisioni alla piegatura del braccio, e sul margine interno del bicipite, ne uscì dell'umore sieroso biancastro misto a sangue, non però vera marcia.

Tali sono i fenomeni più rimarchevoli che si presentarono fino all'ultimo di detto mese. L'ammalato pren-

deva ogni due giorni una bottiglia d'acqua di Sedlitz, e quotidianamente un brodo, del vino ed un decigrammo di solfato di chinino.

Il 1.° gennajo 1845, l'ammalato trovavasi in uno stato d'indebolimento generale, era assai dimagrato; aveva febbre gagliarda, dispnea, tosse frequente con escreato abbondante marcioso. L'indebolimento considerevole del malato non permise di esplorare lo stato del petto coll'ascoltazione; desso presentava inoltre sintomi d'irritazione intestinale, e qualche incoerenza nelle idee. Accusava dolore alla spalla sinistra con impossibilità dei movimenti. Ascesso alla regione supero-anteriore dell'avambraccio che dà pochissima quantità di marcia. (Si continua lo stesso metodo di cura).

Il 2, l'ammalato ebbe febbre sulla sera preceduta da brividi, con sudori copiosissimi e fetenti in modo da simulare l'odore del pus alterato.

Piccolo ascesso all'ascella destra, che aperto dà una piccola quantità di pus. L'alvo, ora diarroico e fetente, ora costipato; l'espettorazione purulenta analoga a quella d'una caverna polmonale. Durò questo stato più o men grave per alquanti giorni. Il 15, l'ammalato si lagna di gran sofferimento alla radice dell'arto addominale destro; si scorge alla regione del trocantere un tumore fluttuante che comprende in larghezza tutto lo spazio che esiste fra il gran trocantere e la tuberosità dell'ischio, ed offre 13 centim. di altezza. La pelle è alquanto assottigliata, senza rossore, nè calore, nè dolore. L'ammalato soffrendo molto alla spalla sinistra, non aveva mai manifestato alcun dolore al luogo di questa vasta raccolta purulenta, la quale, aperta con una piccola incisione, diede un boccale di marcia un pò più sierosa del pus così detto *lodevole*. I movimenti della coscia sono diventati impossibili, e al punto corrispondente all'articolazione coxo-femorale si sente una tumefazione assai ri-

marchevole che dà a sospettare di comunicazione del focolajo purulento coll'articolazione.

Da questo momento, la febbre e i sudori diminuirono notabilmente, come pure l'espettorazione e le dejezioni alvine, le quali però si mantennero sempre fetentissime.

Il 25, si scopre un nuovo ascesso della grossezza di un uovo di piccione alla parte anteriore, e inferiore dello sterno. Aperto, fornì un pus identico a quello dell'ascesso del trocantere, e introducendo lo specillo si riconobbero denudate le cartilagini costali corrispondenti. L'articolazione scapulo-omerale sinistra è sempre gonfia e dolente, ed è il centro d'emanazione dei patimenti e fors'anche della reazione che esistono ancora.

Nella prima quindicina di febbrajo, l'ammalato va a poco a poco riacquistando le forze, l'appetito aumenta malgrado le alternative di costipazione e di diarrea; la febbre diminuisce giornalmente; i sudori, l'espettorane purulenta sono cessati, ma considerevole è il dimagrimento.

Nell'ultima quindicina le pareti dell'ascesso del trocantere cominciano a aderire; quello della parte anteriore dello sterno rimane fistoloso, e coll'introduzione di quasi tutto lo specillo si ha un sufficiente dato per giudicare della comunicazione di questo ascesso col tessuto cellulare del mediastino; lo stato generale è assai soddisfacente; l'ascesso del trocantere è ridotto, il 1.° marzo, alle piaghe risultanti dai praticati sbrigliamenti, già incamminate alla cicatrizzazione.

Lo scolo dell'ascesso sternale è diminuito, ma le sofferenze alla spalla sinistra sono ancora più vive; questa articolazione offre un gonfiamento notabile con fluttuazione che si determina premendo con una mano posta al di sotto dell'estremità esterna della clavicola in avanti, e all'indietro coll'altra mano al di sotto dell'acromion; un pò di rossore della pelle, poco calore.

Il 4 marzo, si pratica una puntura sotto-cutanea con un bistorì assai stretto nella articolazione della spalla, penetrando dalla parte posteriore 5 centimetri al disotto dell'acromion; n'esce piccola quantità di marcia tenue, sierosa, con alcuni piccolissimi grumi. Si urta col bistorì contro superficie ossee rugose le quali sembrano denudate delle loro cartilagini.

Il 9 marzo, l' ammalato comincia a acquistare un pò di forza; nessun fenomeno generale. L'articolazione della spalla continua ad essere la sede di vivissimi dolori.

Il 15 marzo, le piaghe dello sterno e del trocantere sono cicatrizzate.

Il 16, una piccola quantità di pus scola dalla ferita praticata alla spalla sinistra; la parte superiore del braccio si gonfia; si taglia un ascesso profondo in rapporto coll'omero, alla parte interna del braccio, al punto di unione del terzo superiore coi due terzi interni; si apre pure un altro ascesso che si manifesta posteriormente e sulla medesima altezza.

Queste operazioni determinano un sollievo ai patimenti del malato; ma il suo dimagrimento è considerevole, e le dejezioni alvine si ripetono fino a sette volte al giorno; l' avambraccio del lato salassato è ricoperto di vene varicose; finalmente gli ultimi ascessi si fanno strada in vicinanza della clavicola sinistra.

Per tutto il mese di aprile, le piaghe periclavicolari danno marcia, la diarrea continua, e sussiste il dimagrimento. Al principio del mese di maggio, la cicatrizzazione di tutte le piaghe è compiuta, meno quella del braccio sinistro; ma il 24 dell'istesso mese, la diarrea è cessata del tutto, le forze ricompariscono, minore è il dimagrimento, e tranne una leggier tinta gialla della pelle, l' ammalato va acquistando a poco a poco l' aspetto normale.

Durante questa serie d'accidenti, l'ulcero e il bubbo-

ne, senza alcuna cura speciale, scomparvero nonostante. Però l'Autore, fin dal 1.° maggio, ha amministrato ogni giorno due pillole contenenti ciascuna un quinto di grano (1 centigrammo) di percloruro di mercurio e d'oppio; bisogna notare altresì che nella prima quindicina dalla amministrazione di queste pillole la diarrea diminuì notabilmente per cessare del tutto il 24 maggio. Fino ad oggi, 16 luglio 1845, l'ammalato ha preso cento pillole.

Questo fatto non è certamente unico, — così nell'articolo rimarchevole di *Bérard* nel «Dictionnaire de médecine» (nuova edizione) si parla di una guarigione simile a questa. *Michon* ne possiede pure un caso. *Sédillot* e *Jobert* accennano a varj esiti felici, che richiamano quello del nostro Autore. Ma in questo fatto sono a notarsi le seguenti circostanze che lo distinguono:

1.° La flebite è incontrastabile, la sua causa è nota, e si è potuto, per così dire, seguire coll'occhio nella sua azione, e nulla manca alla sintomatologia di questa infiammazione: ciò per rispetto alla affezione locale.

2.° Quanto all'infezione purulenta, alla malattia generale, l'Autore la crede pure incontrastabile al pari della flebite. Infatti, i parecchi ascessi si sono fatti strade in parti lontane dalla ferita della vena; vi fu un ascesso intra-articolare che non può essere negato; una raccolta dell'istessa natura si è aperta d'avanti al petto e sopra altre parti del corpo; i brividi ripetuti che precedevano gli accessi febbrili irregolari, la tinta della pelle: ecco i sintomi che, uniti a quelli suesposti, compiono il quadro della malattia che uccide sì spesso gli operati.

3.° Resta a sapere se gli ascessi abbiano invaso i visceri. Ricordando gli sputi marciosi, le dejezioni purulenti, continue, ostinate, si potrà domandare se l'ascesso in comunicazione collo sterno, quello che lo specillo

ha trovato così profondo, non avesse alcun rapporto coi visceri contenuti nel petto.

Quelli che vorranno opporre a questo fatto importante metteranno in campo l'ulcero indurato, e diranno probabilmente che l'infezione venerea ha indebolita l'infezione purulenta.

Ma qui non si volle entrare nelle ipotesi del fatto, bensì riprodurlo in tutta la sua verità e nei suoi dettagli.

Memoria sullo scolo sieroso che si opera dall'orecchio in seguito alle fratture della rocca petrosa; del dott. CHASSAIGNAC.

La Memoria consta di due parti: in una si dà l'esposizione critica delle opinioni concernenti questo argomento (1); nell'altra si dà la storia di un caso occorso all'Autore che merita d'essere qui riportata.

Un fanciullo dell'età di 12 anni, venne accolto all'Hôtel-Dieu, in istato di coma profondo cagionato dalla caduta da un tetto all'altezza di 10 metri.

Questo stato comatoso durò fino al giorno della morte, salvo alcuni intervalli ottenutisi mediante l'applicazione dei senapismi alle gambe e alle coscie.

Le lesioni osservate durante la vita erano le seguenti:

1.° In corrispondenza del sopraciglio sinistro, una ferita profonda ed ampia, composta di tre divisioni convergenti a un medesimo punto, senza alcuna frattura del frontale.

2.° L'occhio dello stesso lato era profondamente depresso nell'orbita. Le palpebre chiuse per la gonfiezza dei tessuti membranosi. La commessura sinistra della bocca divergente all'infuori, e nell'atto di contrarsi dei

---

(1) In questi Annali trovansi le principali Memorie relative a siffatto argomento.

muscoli della faccia, sembrava paralizzata. Questa apparente paralisi, coincidente con un abbondante scolo sieroso auricolare, diede a pensare a prima giunta all'esistenza di una frattura della rocca accompagnata dalla compressione con paralisi del nervo facciale, e dal flusso auricolare indicato da *Laugier*. Ma esaminando con maggior diligenza questa pretesa paralisi della metà della faccia, si riconobbe ch'essa non era che apparente, e che dipendeva dallo stato di tumefazione considerevole e dalla contusione della metà sinistra della faccia: ciò che si andò confermando nei giorni successivi; di modo che non rimaneva più alcun dubbio sulla non esistenza in questo caso della paralisi del facciale.

Il mento presentava una contusione forte, e l'osso mascellare inferiore era fratturato anch'esso dal lato sinistro alla distanza di un dito trasverso dalla sinfisi. V'era mobilità dei frammenti, ma senza alcun spostamento.

L'ordine delle apofisi spinose, esplorato diligentemente allo scopo di rilevare se vi fosse qualche alterazione nella colonna vertebrale, non presentò alcuna irregolarità. Nessuna frattura delle coste; e neppure agli arti inferiori. Le mani presentavano l'aspetto di una frattura del radio: non era, come lo ha dimostrato l'autopsia, che il distacco dell'apofisi inferiore del radio. I caratteri della lesione erano assai evidenti dal lato sinistro, ove esisteva, come venne pure constatato dall'autopsia, una frattura incompleta del cubito tre dita trasverse al disopra dell'articolazione della mano.

Ma il fenomeno che fermò di più l'attenzione, siccome indizio di una frattura del cranio, era lo scolo abbondante di sierosità, da principio appena colorata da una piccolissima quantità di sangue, e in seguito tutto affatto limpida: questo scolo proveniva dall'orecchio sinistro; era copiosissimo, trasparente e fluì di continuo

fino al quinto giorno della malattia, in cui avvenne la morte.

Esaminato il liquido auricolare col microscopio e trattato coi reagenti, presentava una trasparenza evidente, un colore citrino, alcuni globuli sanguigni, delle lamine epidermiche; conteneva pochissima albumina.

Non appena collocato nel letto, l'ammalato ebbe vomito di materie alimentari miste a vino, senza dejezioni alvine; le orine facili; nessuna traccia di paralisi.

Il terzo giorno del suo decubito l'ammalato incominciò a mostrarsi inquieto, ebbe delirio alternante collo stato comatoso; la deglutizione, l'alvo, e le orine sempre facili e abbondanti, così come lo scolo dall'orecchio.

Le sanguisughe, il calomelano, il ghiaccio alla testa, i rivellenti esterni furono i mezzi impiegati ma senza effetto, poichè l'ammalato cessò di vivere nelle ore pomeridiane del quinto giorno dal suo decubito.

Coll'autopsia si riscontrò quanto segue:

Vasta ecchimosi sotto gli integumenti del cranio al di sopra dell' orbita del lato sinistro: levata la calotta ossea del cranio con precauzione e per mezzo della sega, non si riscontrò alcuna lesione della dura madre, nè spandimento fra questa membrana e le ossa.

In seguito, distaccato diligentemente il cervello in modo da non interessare le membrane che tappezzano la base del cranio, non si riscontrò in esse alcuna soluzione di continuo, e solo si trovò nella cavità aracnoidea un cucchiajo circa di siero trasparente.

Si passò a distaccare dolcemente la dura madre dalla base, e si osservarono al lato sinistro dei piccolissimi spandimenti sanguigni, della quantità complessiva allo incirca di un cucchiajo da caffè, e risiedenti: 1.° sulla volta orbitale, 2.° nella fossa sfenoidale, 3.° posteriormente, lungo il seno laterale. Nessuna lesione rimarchevole del lato destro.

Levata la materia di questi spandimenti, si trovarono alla base del cranio parecchie fratture:

1.° Una consisteva in una fessura che si estendeva dall'avanti all'indietro dal margine orbitale fin verso la metà della volta orbitale sinistra.

2.° La seconda partiva dall'estremità posteriore della prima e veniva a cadere perpendicolarmente sulla sutura che unisce la lamina cribrosa dell'etmoide colla scanalatura quadrilatera del frontale.

3.° Un'altra frattura, diretta dall'avanti all'indietro, era situata sulla grand'ala dello sfenoide esternamente ai fori mascellare superiore, mascellare inferiore, e sfeno-spinoso. Questa frattura non arrivava anteriormente fino alla fessura sfenoidale; posteriormente non oltre la articolazione della rocca colla grand'ala dello sfenoide.

4.° Finalmente un'altra frattura, e la più interessante al nostro caso, si dirigeva parimenti nel senso antero-posteriore, tagliava la rocca in una direzione non del tutto perpendicolare alla sua lunghezza, e si estendeva dalla sutura petro-sfenoidale, in avanti fino alla scanalatura laterale sinistra inclusivamente all'indietro. Questa frattura tagliava la rocca un centimetro circa all'infuori dell'orificio del condotto auditorio interno.

Un punto assai importante a conoscersi era la sede e la forma della lacerazione timpanica che faceva supporre necessariamente lo scolo dall'orecchio osservato durante la vita. A tale scopo si praticò con una sega sottilissima un taglio che mise allo scoperto la membrana del timpano, e si riconobbe ch'essa era forata nel suo centro da un'apertura rotonda simile a quella che si potrebbe fare con uno stampo tagliente.

La massa encefalica presentava integro il foglietto viscerale dell'aracnoide; esisteva nel lobo anteriore sinistro uno spandimento sanguigno del volume d'una fava, che pareva già in corso di assorbimento. Tranne

una punteggiatura che presentava qua e là una tinta amaranto con arresto di sangue nei vasi, la massa encefalica non offriva alcun' altra lesione.

Non bastava l'accontentarsi di questo primo studio sulla frattura della rocca. Per iscoprire i rapporti di questa frattura coll'organo dell'udito non si poteva fare una preparazione migliore di quella che si è ottenuta, in certo qual modo spontaneamente, dietro la macerazione per alquanti giorni nell'acqua del pezzo anatomico. In fatti, si osservò che questi, costituito di due frammenti, presentava in questi ultimi una mobilità straordinaria, ciò che permise di separarli senza alcuna difficoltà e di osservare direttamente il tragitto della frattura.

Seguendo la direzione di quest'ultima sulle superficie della rocca, la si vedeva discendere al di dietro del margine superiore, passare un centimetro all'infuori dell'orificio del condotto auditorio interno, e arrivare sulla faccetta giugulare: là si biforcava, per arrivare con una delle sue branche al golfo della vena giugulare, mentre coll'altra branca tagliava direttamente il tragitto del seno laterale.

Sulla superficie inferiore della rocca, dessa occupava la porzione esterna della fossa giugulare, passava tra il foro stilo-mastoideo, e l'apofisi stiloidea, attraversava la cavità glenoidea, e cadendo sulla tromba d'*Eustachio*, raggiungeva la fessura del margine superiore della rocca che discendeva direttamente sulla superficie anteriore dell'osso.

I due frammenti compiutamente separati, si vedeva che il piano della frattura, tagliando quasi verticalmente l'asse della rocca inclinandosi un poco dall'alto in basso e dall'indentro all'infuori, passava ad un tempo e per l'orecchio interno e per la cavità del timpano.

In fatti, sulla superficie della frattura del frammento interno si distingueva, venendo dall'alto in basso:

1.° L'orificio d'un canale che presentava anteriormente una piccola scanalatura: quest'orificio era la sezione del condotto auditorio interno, e la piccola scanalatura il principio dell'acquedotto del *Falloppio;* 2.° immediatamente al disotto e un pò all'avanti, un taglio nella chiocciola sulla quale si distinguevano perfettamente intatti, il modiolo e la lamina spirale; 3.° più in basso ancora l'orificio della scala esterna nel vestibolo, con porzione di quest'ultima cavità; 4.° finalmente, tutt'affatto in basso, l'estremità anteriore della cassa del timpano coll'orificio del doppio canale che dà passaggio alla tromba d'*Eustachio* e al muscolo interno del martello. Questi istessi canali erano stati seguiti parallelamente alla loro lunghezza dalla frattura, di modo che la porzione ossea formante la loro parete anteriore era rimasta unita al frammento esterno della rocca, e si vedevano questi canali forati e già preparati sul frammento interno.

La superficie della frattura del frammento esterno presentava:

1.° In alto, il fondo del condotto auditorio interno ed una porzione dell'acquedotto del *Falloppio;* 2.° un pò al di sopra e in avanti la parte di chiocciola che mancava sul frammento interno; 3.° al di sotto del fondo del condotto auditorio e posteriormente alla chiocciola, il vestibolo ampiamente aperto (i canali semi-circolari sembravano intatti); 4.° al di sotto di questa cavità gli ossicini dell'udito sconnessi, ma uniti ancora fra loro, e collocati nella porzione di cassa del timpano che, riunita a quella che si vedeva sul frammento interno, costituiva la cavità intiera.

Da questo fatto, assai rimarchevole per molti rapporti, emergono le seguenti conclusioni:

1.° Qualunque sia l'opinione adottata fin qui sulla natura dello scolo trasparente alla base del cranio, in seguito alle fratture di questa cavità ossea, è forza am-

mettere che questo argomento non è esaurito e che abbisogna di nuovi studj. Dessi avranno per iscopo d'esaminare lo stato dei seni; per ciò fare, si dovrà, sul tragitto d'ognuno di questi, fendere la parete non aderente in tutta la sua lunghezza per esaminare, previa lavatura, la parete aderente per l'interno del seno.

2.° Le teorie si possono rannestare a due gruppi o categorie: primo gruppo, ammissione di una sorgente esauribile; secondo gruppo, ammissione di una sorgente viva e continua.

3.° La teoria che stabilisce la sorgente dello scolo nel liquido cefalo-rachidiano è in patente contraddizione coi fatti nei quali la frattura non interessa punto il condotto auditorio interno; dessa suppone costante la lacerazione delle meningi che spesso manca; s'appoggia sopra esperienze contrastabili; suppone la rottura della lamina aracnoidea viscerale, che serve di guaina al nervo acustico, fatto non per anco dimostrato.

4.° La rocca, circondata quasi da tutte le parti da affluenti sanguigni considerevoli, è fra tutte le ossa del cranio, quello sul quale vanno maggiormente concentrati i vasi confluenti venosi. Inoltre, il golfo giugulare che contiene la maggior massa sanguigna allo stato di raccolta, è in tali rapporti colla rocca, che una frattura o una piegatura di quest' osso può cagionare alle pareti membranose del golfo delle piccole rotture.

5.° La parete *periostica* dei seni, essendo più sottile e più distesa della parete *meningea*, può venire facilmente lacerata.

6.° È quasi impossibile di concepire una frattura della rocca senza che in qualche punto del suo tragitto essa non venga a contatto d'uno dei seni.

7.° La rottura della parete aderente dei seni fa che queste cavità alimentino lo scolo auricolare, lasciando sfuggire la *parte non colorata* del sangue quando vi ha frattura stretta, e la *parte colorata* quando vi ha frattura con allontanamento dei pezzi.

On Cancerous, etc. — *Sulle produzioni ossia vegetazioni cancerose e cancroidi; di* Giovanni Ugo Bennett, *M. D.* — *Edimburgo*, 1849. *Un Vol. di pag.* 260 *in*-8.° *(Estratto. Continuazione della pag.* 146 *del presente Volume, e Fine).*

II.° *Storia fisiologica e patologica del cancro.* — Nella egregia opera succitata del dottor *Walshe* sul Cancro l'origine del cancro è dichiarata con molta precisione e chiarezza. Il primo passo in una formazione cancerosa, è una essudazione di un peculiare blastema, che nella nostra scienza presente non può distinguersi dal comune blastema nutritivo che dalla differenza nelle risultanti forme organizzate. Un tale blastema, per regola generale, essuda interamente dai vasi, di rado s'arresta nello spessore delle loro pareti, e rarissimo poi, se pur mai, rimane entro i vasi stessi. Questo blastema canceroso, così provenuto dal sangue, implica necessariamente che il sangue stesso sia in condizione anormale, dacchè può fornire un sostituto così insalubre all'ordinario blastema secretivo e nutritivo. E questa deduzione è corroborata da quasi tutti i fatti che noi possiamo prendere ad appoggio di questo punto, ed i quali tutti tendono alla conclusione, per servirci delle parole del dott. *Walshe* « che un tumore canceroso, in tutte le circostanze, non è che l'espressione locale del viziamento generale del sistema ». In seguito il deposito canceroso può rimanere quiescente, perchè sia svanita la cachessia cancerosa che lo aveva prodotto; ovvero può avanzarsi con più o meno di rapidità, a norma dell'intensità di questa diatesi cancerosa. Se desso procede, è distruttivo o maligno, parte in proporzione di questa precedente malattia costituzionale, e parte in proporzione della proprietà infiltrante posseduta dal tu-

more canceroso nell'individuo particolare. Finalmente la malattia locale medesima reagisce sulla costituzione, ed imprime un'influenza più profonda e più inoltrata sul sistema generale.

Questi principii sono identici a quelli del dottor *Bennett*.

« La maggior parte dei fatti che noi conosciamo, scrive questi, conducono alla conclusione che i filamenti, le celle, il fluido che insiememente costituiscono il tessuto che ho chiamato canceroso, provengono da una essudazione coagulata. Questa si versa al modo stesso che tutte le altre forme di essudazione, cioè colla dilatazione dei capillari, la loro replezione di sangue, ed il trasudamento dalle tuniche loro del trasparente liquor sanguinis, il quale coagulandosi esteriormente al vaso, costituisce una essudazione più o meno solida » (p. 202).

La citazione seguente esprime i suoi principii molto chiaramente e prova la loro esatta identità con quelli dei precedenti scrittori.

« Questa essudazione versata così, e che io ho chiamato cancerosa, deve differire dalla materia essudata in ciò che chiamasi infiammazione o tubercolo; ma in che questa differenza consista noi lo ignoriamo. I caratteri attribuiti al sangue da *Rokitansky* e da *Engel*, per distinguere ciò che essi denominarono discrasia canceroso, sono così vaghi ed incerti da non avere un valore reale. E non v'è prova nè che una tale discrasia consista in un eccesso d'albumina (*Engel*) o di fibrina (*Keller*) nel sangue. Quest'ultimo avviene dopo una essudazione qualunque. Pur sebbene lo stato presente della patologia non ci permetta di stabilire positivamente in che queste essudazioni differiscano, non possiamo a meno di vedere che la esistenza loro in varii individui produce risultati differentissimi. Così, se avviene essudazione in un individuo sano, essa produce una serie di

fenomeni che noi chiamiamo infiammatorii; se in un individuo scrofoloso, un'altra serie di alterazioni chiamate scrofolose o tubercolose; mentre in un terzo il risultato può essere un prodotto canceroso. Qualunque maniera di ragionamento ci deve condurre alla conclusione, che tutte queste alterazioni ed effetti non sono dipendenti dal sistema vascolare, il quale non è che l'apparato della produzione dell'essudamento, — nè dal sistema nervoso, il quale non fa che condurre all'ordinamento di quell'apparato, necessario allo scopo, — e neppure dal tessuto, che è sede dell'essudamento, essendochè desso varia, mentre la formazione cancerosa è la stessa, — ma dalla composizione o costituzione inerente dell'essudameuto stesso. Ma qui si fermano i patologi; rimandati una volta al sangue, essi sono soddisfatti, e non hanno abbastanza considerato che il sangue medesimo dipende per la sua costituzione da una parte dai risultati della digestione primaria nel canale alimentare, e dall'altra dalla digestione secondaria nei tessuti » (pag. 201).

Procedendo più oltre in questi principii, il dott. *Bennett* osserva che un confronto fra i caratteristici delle essudazioni cancerose, e quelle che si potrebbero dire semplici o infiammatorie, e le tubercolari, ci potrebbe condurre ad alcuni utili indizii rispetto al significato di ciascuna.

Supponiamo che ad uno in perfetta salute siasi effettuato per una causa qualunque (lesione, irritazione producente infiammazione, ecc.) un versamento di essudazione in alcuna parte, maggiore dell'essudazione normale richiesta per la riparazione dei tessuti; le alterazioni successive che avvengono in questa varieranno all'infinito secondo la parte, il grado d'irritazione, la rapidità o lentezza con cui il blastema si versa, ecc. Ma o l'una o l'altra di quelle alterazioni, che si potrebbero dire sa-

ne o normali, ha luogo; o l'essudazione diviene il mezzo di adesioni, o si organizza in falsa membrana, o si accumula negli interstizii degli organi, assumendo più o meno di somiglianza con questi, ed intercettando più o meno le loro funzioni, o si risolve più o meno rapidamente in celle (cell-forms) evanescenti che si staccano ad un tratto dalle superfici libere, ovvero vengono eliminate dal corpo pel mezzo di ulteriori alterazioni e di differenti emuntorii. Il composto di questo blastema varia non v'ha dubbio all'infinito, entro i limiti sani; e queste variazioni evidentemente non dipendono, almeno per la maggior parte, da alcuna condizione locale della parte in cui il blastema è essudato, ma sono da attribuirsi alla condizione generale dell'organismo, alla purezza ed eccellenza del sangue, il quale è l'indizio della debita esecuzione di tutte le varie metamorfosi del corpo.

Ma, se in luogo di questa costituzione sana, la supponiamo tubercolosa o cancerosa, allora l'essudazione emessa per qualsiasi causa, non passa in certi organi per questa serie di alterazioni normali, ma assume l'una o l'altra delle forme peculiari alla diatesi. Così, in soggetti giovani ed in persone in cui la proprietà assimilatrice sia peculiare e difettiva, l'essudazione è al disotto della sana normale. Essa arriva imperfettamente a qualunque cella (cell-forms), ed è soggetta a rapida disintegrazione ed a completa perdita di vitalità. È questo l'essudamento tubercolare, e quantunque non si versi che sovra certi organi e posizioni nella sua forma caratteristica, pure noi veggiamo a sufficienza di che convincerci che un blastema versato in altre situazioni, come in accidentali interruzioni di continuità, quand'anche non sia di carattere tubercolare, è spesso evidentemente diverso in qualche modo dal blastema riparativo che si effondesse in una condizione perfettamente sana del sistema. In persona più avanzata in età, in cui siano

pure sconcertate, quantunque in modo diverso, le funzioni assimilanti, il blastema effuso può essere affatto differente dal blastema tubercolare. Esso può avere una tendenza alla produzione di celle (cell-forms) altamente sviluppate e riproduttive, le quali crescano con grande energia e rapidità, e retrocedano e si decompongano lentamente ed imperfettamente. Fra questa diatesi e la precedente vi è quindi pressocchè un antagonismo; difficilmente possono esse esistere nella stessa persona, e può dirsi che la presenza dell'una escluda quasi necessariamente l'altra. E qui l'ipotesi che abbiamo dato più sopra, che altro che una ipotesi non è dessa al presente, concorda coi fatti del caso; poichè è ben noto che il tubercolo e il cancro avvengono in periodi diversi della vita, ed affettano organi differenti, poichè di rado quando sono recenti si trovano insieme associati (1).

Il dottor *Bennett* suppone che il tubercolo possa essere connesso con qualche disordinamento nella funzione della digestione primaria, e il cancro nella funzione della secondaria; e avverte come il cancro incominci a presentarsi in quell'epoca della vita in cui le funzioni escretorie cominciano a perdere la loro attività.

Noi abbiamo già detto, che quantunque possa essere difficile definire la denominazione di cancro con perfetta esattezza, pure non v'ha dubbio ch'essa è suscettibile di definizione. E così dev'essere, se è vero che vi sia un tale stato costituzionale speciale, di cui la malattia locale è l'effetto e l'indizio. La definizione non si può forse dare immediatamente; ma noi ci sentiamo

---

(1) Questo fatto venne primamente con chiarezza stabilito dal dott. *Walshe* (« Sul Cancro », pag. 185). Egli dice che il tubercolo e il cancro « posseggono una specie di repulsione l'una per l'altra ».

certi che i continui lavori di uomini tali quali sono *Walshe* e *Bennett* saranno ben presto per isgomberare tutti i dubbii che possono esistere rispetto agli essenziali caratteri fisici di un tumore canceroso. La ricognizione della « vera cella cancerosa », quale distintivo quando il cancro è presente, è un gran punto guadagnato; ed il passo successivo consiste nell'indagare il motivo della sua mancanza in certi casi, e la natura del tessuto che allora ne tien luogo. Noi avremo poscia ad apprendere che cosa sia che induce tumori epitelici ed eziandio encondromatosi a produrre talvolta cachessia cancerosa, senza che posseggano i caratteri anatomici del cancro.

Riguardo al progresso del cancro, il dottor *Bennett* non ci comunica nulla di nuovo. Egli accenna l'aumento della fibrina nel sangue, riferendola, come *Zimmermann*, piuttosto ad assorbimento di materia effete che ad un eccesso di materiale plastico.

La degenerazione del cancro è un punto molto interessante; pare vi sia poco da dubitare che una delle varietà di *Müller* non era che un cancro comune in processo di decomposizione; e sembra che anche *Lebert* abbia in alcuni casi scambiato questo cancro degenerato e reticolare per tubercolo a cui s'avvicina moltissimo, tanto microscopicamente come ad occhio nudo.

La degenerazione del cancro avviene in due modi principali: primo, colla formazione di materia granulare adiposa fra il nucleo e la parete cellulare; il nucleo diviene indistinto e poscia si rompe; la cella prende allora i caratteri di un corpuscolo granulare composto, o può disfarsi del tutto in masse adipose, che vanno a meschiarsi con vecchie cellule appassite, e con nuclei denudati. In fine nulla più si può discernere fuorchè granuli e corpuscoli, frammisti all'elemento fibroso originario del tumore. Un altro genere di degenerazione

avviene per trasformazione calcare; trovansi talora misti a celle cancerose cristalli di sali terrosi che furono presi per osso; ma il vero osso, come avverte il dottor *Walshe*, non mai si trova indipendentemente da naturale tessuto osseo, da cui però spesso emergono osteofiti che spuntano entro i tumori cancerosi. In aggiunta a queste due forme di degenerazione, il dottor *Bennett* ne descrive una terza in cui le cellule si scompongono per essere arrivate al termine naturale della loro esistenza, e perchè non sono provvedute del blastema necessario a renderle atte a produrre un'altra generazione. Ma non vediamo ch'egli presenti niuna prova per mostrare che questo non possa avvenire nel modo consueto, vale a dire collo sviluppo di granuli fra la parete della cella ed il nucleo, che conduce alla distruzione di entrambi.

Nel mentre, per altro, che è indubitato che il cancro subisce sovente in tutto o in parte questa degenerazione, è certamente raro che accada in questo modo una guarigione; può bene avvenire una sospensione temporaria di sintomi, ma generalmente la degenerazione in un punto è più che compensata da un rapido aumento in un altro. Nondimeno può anche darsi che talvolta un tumore vada a non equivoca guarigione.

Prima di passare al capitolo del dottor *Bennett* sul trattamento, dobbiamo fare cenno brevemente delle sue poche osservazioni sulle statistiche. Egli nega che si abbia al presente un sufficiente numero di casi da poterne fare un'analisi numerica, quantunque « presagisca i più importanti risultati dall'applicare i principii statistici al cancro ». Asserisce, peraltro, che presentemente noi non abbiamo più di 526 osservazioni sovra tumori di tutti i generi, a cui si possa appoggiarsi; e rifiuta come affatto inattendibili i 9118 casi raccolti da *Tanchou* dai registri di Parigi. Noi incliniamo a concordare

col dottor *Bennett*, nel desiderio di ottenere le indicazioni più esatte che sia possibile, quantunque crediamo ch' egli abbia fatto troppo poco conto della precisione delle tavole di *Tanchou*. L' esperienza individuale va giornalmente confermando i fatti principali che se ne possono dedurre.

III.° *Quale è il trattamento migliore del cancro?* — Noi qui altro non intendiamo che presentare ai nostri lettori i principii del dott. *Bennett* su questo punto. Essi sono, non meno che molte altre parti della sua opera, originali, ingegnose, ma alquanto dubbie. Egli divide le nostre misure terapeutiche in tre sezioni: *a*) mezzi di ritardo e di risoluzione; *b*) mezzi di estirpazione; *c*) mezzi di prevenzione.

a) I mezzi di ritardo sono quelli che si considerano contrarii all'aumento della materia organizzata. Il freddo e la pressione sembrano i due agenti principali. La pressione è meglio applicata coll' ingegnoso apparato del dott. *Neil Arnott*, che è delineato dal dott. *Walshe*, e che noi abbiamo fatto conoscere con tavola raffigurativa nell'Estratto dell'opera di *Walshe* in questi Annali. Il dott. *Bennett* crede altresì che ove si potesse in alcun modo far cessare la provvigione di blastema nutritivo, il tumore anderebbe necessariamente a degenerare. Ben inteso che questi agenti non attaccano che la malattia locale; la condizione costituzionale generale non è da essi affetta.

b) I mezzi d'estirpazione sono l'operazione, e gli escarotici, o corrodenti chimici.

Il dott. *Bennett* allude sotto il capitolo della recisione, alla discussione tenutasi dinanzi all'Accademia francese nel 1844, in cui *Cruveilhier* allegò che i tumori fibrosi delle mammelle erano frequentemente ed erroneamente recisi per cancri. Il dottor *Bennett* osserva che nel principio nessuna diagnosi può farsi fra un tumore

fibroso ed uno canceroso, e che d'altronde, può darsi che si versi blastema canceroso entro un vero tumore fibroso; pare quindi propenso a giustificare l'ablazione ogni qual volta il tumore dia non equivoci segni di aumento. Egli ritiene che in fatto, i risultati dell'operazione siano molto più favorevoli che generalmente si supponga. Dall'altra parte è noto che gli studii del dottor *Walshe* fanno un quadro affatto sfavorevole dei risultati dell'ablazione.

Perchè l'opinione del dottor *Bennett* abbia un valore debbe essere fondata sull'esperienza dell'operazione. Ora esaminando i suoi casi, troviamo i risultati seguenti: di 33 casi di cancro troviamo che l'operazione fu eseguita in 14. Questi casi sono i seguenti:

1. *Osservazione I.* — Questa ha per titolo « tumore canceroso del seno — recisione — guarigione ». In questo caso noi troviamo una paziente, ricevuta in febbrajo 1847 in cura del dott. *Syme*, il quale recise dalla mammella un cancro che aveva incominciato nel precedente dicembre. Il 18 di marzo la ferita era guarita, e la paziente venne congedata in buona salute. Il caso porta quindi il titolo di « guarigione », ma nel fatto questo è del tutto gratuito; quasi tutte le operazioni vanno bene per qualche tempo; è inutile chiamare guarigione un caso qualunque finchè il paziente non ha passato anni senza una riproduzione.—E però nell'Appendice troviamo che il tumore tornò nel novembre 1847, e che nel novembre 1848 aveva il volume di una grossa testa fetale, s'era ulcerato, ed era accompagnato da estrema cachessia costituzionale. Questo caso adunque non prova nulla per l'operazione, o piuttosto parla contro di essa.

2. *Osservazione II.* — Nel maggio 1847 venne reciso dal collo un tumore supposto fibroso, ma in realtà canceroso. Quando fu scritta l'Appendice, supponiamo ver-

so la fine del 1848, esso non era ancora ritornato. Diciotto mesi peraltro si possono difficilmente considerare come un tempo sufficiente, poichè i tumori cancerosi ritornano sovente due, tre od anche più anni dopo l'estirpazione.

3. *Osservazione IV.* — Cancro del seno, reciso al 16 agosto (presumiamo del 1848, ma non è detto), dal dottor *Syme*. Quando l'Appendice fu scritta non si aveva notizia del paziente. Ma qui il tempo è troppo breve, sia poi la data 1847 o del 1848, quand'anche si avesse avuto notizia del paziente.

4. *Osservazione V.* — Cancro del seno reciso dal dottor *Fergusson* al 13 aprile 1847. Fino all'ottobre non era ricomparso. E quando fu scritta l'Appendice, il dott. *Fergusson* non aveva riveduto il paziente. Qui pure il caso è inconcludente, poichè il tempo è troppo breve per autorizzarci a dire che l'operazione non sia stata seguita dal ritorno della malattia.

5. *Osservazione VI.* — Cancro del seno — reciso — ritornato — reciso di nuovo — di nuovo ritornato. Questo caso non è argomento in favore dell'operazione. Il secondo tumore comparve due anni dopo la recisione del primo.

6. *Osservazione VIII.* — Cancro della guancia — recisione — guarigione. Operazione 7 maggio (1847 o 1848?), ferita guarita al 25 maggio. Niuna riproduzione in novembre 1848. Il periodo di prova non è qui che o di 6 o di 18 mesi, secondo la data dell'operazione, che non è specificata.

7. *Osservazione X.* — Cancro del testicolo — recisione — guarigione. Operazione, settembre 1842. Nel 1848 nessuna riproduzione. Questo era un caso di tumore canceroso per offesa locale.

8. *Osservazione XI.* — Cancro del testicolo — recisione, settembre 1847. Nessuna recidiva alla fine del 1848.

9. *Osservazione XXXV.* — Cancro della bocca — recisione alcuni anni sono — ritorno subito dopo — nuova recisione in giugno 1848. Nessuna riproduzione quando l'Appendice fu scritta.

10. *Osservazione XL.* — Cancro melanico della guancia — reciso, dicembre 1845. Niun ritorno nel 1848.

11. *Osservazione XLIV.* — Tumore canceroso del dito e del pollice — amputazione. Maggio 1848. Nessun ritorno alla fine dell'anno.

12. *Osservazione LII.* — Cancro colloide della mammella — reciso 15 marzo 1847. Nessun ritorno quando l'Appendice fu scritta.

13. *Osservazione LIII.* —Cancro colloide della mammella — reciso, settembre 1847. Niun ritorno fino a giugno 1848.

14. *Osservazione LIV.* — Tumore colloide, sanguigno, cistico del dorso. Non si trovarono celle cancerose — reciso nel giugno 1848. Nessuna ulteriore notizia del paziente.

Ora di tutti questi casi uno solo ve n'ha in cui si possa dire essere avvenuta una guarigione non equivoca, e questo è uno dei casi di testicolo carcinomatoso, il quale fu reciso nel 1842. E questo caso pure si può considerare come straordinariamente favorevole all'operazione, dacchè il tumore risultava o succedeva ad un' offesa locale; ed è questa la forma che tutti gli scrittori sistematici hanno considerata come la più idonea ad essere giovata dall'operazione. Noi non possiamo concepire come il dott. *Bennett* possa da questi casi trarre alcun valido argomento in favore dell'operazione, e molto meno possiamo intendere qual diritto egli abbia ad assumere un tuono così confidente ed incoraggiante, in opposizione alla maggior parte degli scrittori che hanno investigato questo soggetto sovra ampia scala. I suoi casi non ci giustificherebbero neppure ad affermare che la vita sia

stata prolungata dall'operazione, tanto questi casi sono pochi, e tanto recentemente furono la maggior parte di essi operati.

Nè troviamo negli altri argomenti del dottor *Bennett* cosa che compensi questa mancanza di diretta evidenza in favore dell'operazione. Siamo peraltro inclinati a convenire col dottor *Bennett* che una ripetuta estirpazione può forse giovare a schivare la terribile cachessia costituzionale che il cancro ulcerato induce sovente con tanta rapidità. Questa è una questione diversa da quella della proprietà curativa dell'operazione, e al presente noi manchiamo assolutamente di dati conducenti ad una conclusione, non essendosi finora, per quanto ci è noto, portato questo piano curativo ad una certa estensione.

Riguardo alla distruzione di un tumore canceroso cogli agenti chimici, il dott. *Bennett* parla assai dubbiosamente avuto riguardo all'impossibilità di applicare tali rimedii alla generalità delle produzioni morbose.

I mezzi di prevenzione raccomandati dal dottor *Bennett* sono alquanto ipotetici. Dopo aver detto che tutte le qualità di alteranti e di tonici, il mercurio, il iodio, arsenico, oro, rame, cloruro di bario, sono stati adoperati inefficacemente come agenti profilatici, egli procede a voler desumere una possibile indicazione dall'antagonismo osservato fra il tubercolo e il cancro. Nel tubercolo, egli dice, vi è una deficienza d'adipe; gli olii animali sono indicati ad aumentare la facoltà nutritiva. D'altra parte, nel cancro abbondano gli elementi adiposi; l'assottigliamento della persona è qui l'oggetto che si deve ricercare, e « le circostanze che diminuiscono l'obesità sembrebbero, dic'egli, *a priori* opposte alla tendenza cancerosa ». Noi questo solo diremo relativamente ad un tale suggerimento, che è fondato sulla più speculativa ed ipotetica base. D'altronde esso venne completamente provato e trovato insussistente. Vi furo-

no persone quasi spente d'inanizione, e i loro cancri progredirono ciò nullaostante con maggior vigore che mai.

Se non che abbiamo accordato tanto spazio alla considerazione di quella parte dell'opera del dott. *Bennett* che si rapporta ai tumori cancerosi, che omai dobbiamo passare brevemente sopra i « tumori cancroidi ». E l'argomento è certamente meritevole di spazio maggior di quello che le possiamo consacrare.

Il dottor *Bennett* descrive una nuova formazione, il « tumore cancroide fibro-nucleato ». Esso consiste di filamenti infiltrati con nuclei nucleolati ovali, ma destituiti di celle; talvolta il tumore somiglia ad occhio nudo esattamente allo scirro; altre volte ad encefaloma. La particolarità di questo tumore è che vi esistono nuclei liberi prima che possa essere avvenuto ammollimento o liquefacimento di celle che gli abbia posti in libertà, per cui essi debbono considerarsi come una formazione originale, e, ciò che è singolare, essi non vengono mai ad involgersi in pareti cellulari, o almeno le osservazioni del dott. *Bennett* vengono a dimostrare che non si trovano mai celle in questa varietà di tumori.

I diversi generi di tumori epitelici sono ben descritti; il seguente è un bel prospetto di una forma di malattia di cui crediamo aver veduto noi pure un esempio caratteristico, e che incominciò da un indurimento alla base della lingua, fu accompagnato da tumefazione glandulare, e seguìta da ulcerazione corrodente, prima della quale era scomparsa gran parte della mascella inferiore, da tinta cancerosa della superficie, e dai sintomi generali di vero cancro.

« Un'altra forma di cancroide epitelica è quella che si manifesta frequentemente fin dalle prime come un'ulcera, sebbene talvolta sia preceduta da lieve induramento o da piccola verruca nella parte affetta. Essa è comune sul labbro inferiore, nella lingua e nella cervice del-

l'utero. Nel labbro si può di buon' ora osservare un solco o incanalatura nella parte indurata o una verruca dalla quale ha principio l'ulcera. Questa si estende lentamente con margini indurati, ingrossati ed elevati, è circolare e la sua superficie è qualche volta ricoperta da una bianca materia caseosa, tal'altra con grossa crosta o foveola; essa si estende lentamente finchè involge una maggiore o minor porzione del labbro, delle parti circostanti, emettendo uno scolo icoroso sporco. Nella lingua la malattia tiene un egual corso; la base dell'ulcera è però generalmente più fungoide o papillata nella superficie, ed eccessivamente densa, a cagione della stretta compatezza e compressione vicendevole delle lamine d'epitelio. Esaminate microscopicamente queste forme di ulceri cancroidi, presentano alla superficie masse di celle epiteliche in tutti gli stadii di sviluppo, alcune sferiche, nucleate, del diametro di circa 1/50.° di millimetro, altre molto più grosse, somiglianti spesso e le une e le altre a celle cancerose vedendole isolate, ma associate con lamine appianate, varie di forma e dimensione, talvolta in gruppi aderenti ai loro margini, tal'altra miste insieme in una massa confusa; molte di queste cellule e lamine giungono spesso a dimensione enorme, e quando invecchiano si tramutano in fibre. Questi elementi sono comunemente associati con numerose molecole e granuli, con nuclei denudati, e con celle di pus fibro-plastiche, fusiformi, e celle di pus ». (p. 181).

I tumori fibrosi sono divisi in sarcomatosi, dermoidi, condroidi e neuromatosi, e di ciascun d'essi ci vien data una buona descrizione. Nelle pagine susseguenti il dottor *Bennett* allude ai tumori cancroidi adiposi, a tumori per sangue effuso, ed a varii altri tumori o prodotti morbosi, i quali possono pure eventualmente somigliare al cancro. Fra questi egli accenna il deposito « tifoso », come quello che fornisce celle che si avvicinano nelle apparenze a vere celle cancerose.

Nel conchiudere questa rivista, noi ci possiamo congratulare colla scuola inglese di Patologia pel fatto di avere essa dato uomini del valore di *Walshe* e *Bennett* degni collaboratori nel campo medesimo di *Müller*, di *Bruch*, *Lebert* e *Hannover*. L'opera del dott. *Walshe* è la più elaborata e completa; ma se non possiamo concedere al dott. *Bennett* il vanto di avere raccolti insieme tali estesi materiali, o di averli ordinati così filosoficamente, noi dobbiamo accordargli la lode di essere un esimio ed infaticabile osservatore; che molto ha aggiunto alle nostre nozioni sul cancro, ed ha fatto ancora più per isgombrare la via agli osservatori che gli succederanno.

Mémoires de l'Académie, etc. — *Memorie dell'Accademia R. di medicina (di Parigi). Tomo XIII. — Parigi, 1847. Un Vol. di pag. 727 in-4.° con tavole. (Seguito dell'Estratto interrotto a pagina 169 del presente Volume, e Fine).*

Del cateterismo nella disfagia prodotta da stringimento semplice dell'esofago; di A. Trousseau.

Rammentati dall'Autore gli studi imperfetti di *Mondière* sulle malattie dell'esofago, nei quali accenna alla paura di alcuni chirurghi di adoperare il cateterismo nello stringimento di questo tubo; e quelli commendevoli di *Gendron* coi quali altamente proclama la utilità somma di questo mezzo, e di *Bretonneau* in conferma di quelli di *Gendron;* espone alcuni fatti che consiglierebbero e raccomanderebbero l'uso di questo mezzo nella cura degli stringimenti dell'esofago. Ne riporteremo

uno, il quale faccia comprendere in quali occasioni vuolsi adoperare, e in qual modo.

Nel gennajo 1846 l'A. venne dimandato per una donna di 60 anni, la quale dieci anni addietro aveva avuta un'angina alquanto violenta, in seguito alla quale essa provò un pò di dolore nel trangugiare: il dolore corrispondeva press' a poco a livello della laringe. Dapprincipio non vi fece caso: ma alcuni mesi dopo, al dolore si sostituì una certa difficoltà ad inghiottire. Doveva masticar meglio il cibo, e se per azzardo un bolo alimentare un pò voluminoso giugneva fino all'ingresso dell'esofago, vi si fermava un istante, e non passava avanti se non dopo che con sforzi violenti era stato ridotto in tal foggia da poter traversare una via più stretta. A poco a poco il male andò sempre progredendo lentamente fino allo stato seguente: « Le sostanze solide, sotto qualunque forma le prendesse non potevano più scendere nello stomaco: nè il pane ben masticato, nè il riso ben cotto potevano esser deglutiti. Gli alimenti scendevano nel cavo faringeo, la parte liquida passava, ma la parte più densa si accumulava. Allora, tutt' a un tratto l'ammalata si raddrizzava sulla persona con una tosse violenta e un accesso di soffocazione, rigettando gli alimenti un pò solidi che aveva preso. Essa poteva ancora mandar giù alcune minestre molto fluide, purchè non ne inghiotisse cucchiaiate molto generose. Non occorre dire che la magrezza era estrema, e che le forze avevan scemate ».

Eransi già tentati gli antispasmodici e i rivolsivi quando venne affidata alla cura di *Trousseau*.

« Il collo era lungo e magro, continua l'Autore. Non si sentiva nessun tumore, nè nessuna durezza dietro la trachea e dietro la laringe. L'esplorazione dell'interno della faringe non svelò nessuna lesione organica. Nessun dolore, ma solo un senso di molestia un pò più bas-

so della laringe. Non mai ebbe vomito di sangue, nè scariche alvine nere: il colore della pelle non indicava nessuna affezione cancerosa.

« Ho determinato di usare il cateterismo alla maniera di *Bretonneau* e *Gendron* sebbene avessi poca speranza di apportare vantaggio in malattia che durava da tanto tempo.

« Cercai di introdurre una asticella di balena flessibile terminata con una piccola oliva allungata, del diametro di 6 millimetri, e non sono riuscito. Fissai allora all'estremità di un'asticella di balena un piccolo pezzo di spugna il quale, mercè la pressione, doveva pigliare a poco a poco la grossezza di una penna di oca; e dopo aver bagnata la spugna colla chiara di uovo, la portai alla parte superiore dello stringimento che ho superato dopo grandi sforzi. L'ostacolo cominciava immediatamente dopo la laringe, e si prolungava per un'estensione di 2 centimetri circa. Al di là di questo punto si penetrava facilmente, e lo strumento scendeva senza ostacolo fino nello stomaco.

« Per quindici giorni praticai mattina e sera questa operazione. Dopo l'ottavo giorno potei introdurre una spugna due volte più grossa della prima, e la deglutizione era meno difficile. Dopo 15 giorni la spugna aveva un centimetro di spessore, e feci l'operazione una volta al giorno. Ad un mese di trattamento, le zuppe, i pesci, le carni tagliuzzate, le uova eran facilmente inghiottite, e le bevande passavano quasi come in istato di salute.

« Dopo tre mesi di questa cura si poteva introdurre una spugna grossa come un uovo di piccione. Da allora in poi, non ho più usato il cateterismo che una volta alla settimana, e il figlio dell'ammalata mi sostituiva operando una volta negli intervalli. Finalmente si venne ad usarne ogni otto e quindici giorni.

« Io introduco la sonda esofagea sempre con la me-

desima facilità; e se non cesso è per impedire una recidiva la quale potrebbe avvenire, come avviene negli stringimenti uretrali qualora non vengono di tratto in tratto percorsi dal catetere.

« L'ammalata è ingrassata e sta bene. Sebbene manchi di denti, e quindi non possa preparare convenientemente il bolo alimentare, può mangiare di tutto: ella vi mette però alquanta lentezza e precauzione. Da un anno non fu presa nemmeno una volta da tosse soffocante, e non ha espulso gli alimenti ».

Basti per i fatti. — Veniamo ora ad esporre in qual modo si eseguisce il cateterismo esofageo.

« L'operazione è semplicissima. L'istromento è una asticella di balena, diritta, del diametro di un millimetro e mezzo o due millimetri, e lunga da 30 a 40 centimetri ed anche più, terminata all'estremità per un bottone olivale un pò strozzato. Al colletto di ciascun bottone si fissa alle due estremità con cera da sigillare, una spugna finissima e secchissima. La spugna viene poscia ammollita e tagliata con forbici nella forma che si desidera. Per maggior sicurezza la si assicura con un filo, i cui capi, lunghi 20 centrimetri, verranno utilmente adoperati nel seguito dell'operazione. — La spugna viene inzuppata bene con chiara d'uova, ed indi fatta avanzare in bocca fino al di là dell'istmo delle fauci del paziente tenuto con la testa rovesciata indietro. Per impedire che l'istromento non urti contro il fondo della faringe, si tira sui fili summenzionati e si fa piegare l'estremità dell'asticella di balena in guisa da farle imboccare l'entrata dell'esofago: allora si abbandonano i fili. Si incontra così l'ostacolo, il quale trovandosi quasi sempre a livello della laringe, importa di superare rapidamente per evitare un senso intollerabile di soffocazione. A tal fine si spinge innanzi lo stromento, girandolo fra le dita come una vite, e adoperando alquan-

to di forza, mentre con la mano rimasta libera si sostiene la laringe, che è cacciata in basso, e che trae l'esofago con sè. La necessità di operare rapidamente implica la necessità di avere spugne il cui diametro sia di pochissimo superiore a quello dell'ostacolo da vincere. All'opposto a quanto avviene pel canale uretrale, il quale ammette senza pericolo un catetere troppo voluminoso, quando la mano sia esperta. Superato l'ostacolo, del che se n'accorge, si riconduce la spugna al di sopra dello stringimento, per poscia farvela ripassare, ritirare per una seconda volta, e farvela passare una terza volta. Tutto ciò si effettua in pochi secondi ».

Rapporto sulle saline (marais salans), richiesto da S. E. il Ministro di agricoltura e di commercio, e steso a nome di una Commissione da F. Mélier, *segretario annuale dell'Accademia.*

Si chiamano dai francesi « marais salans » certi stagni nei quali si fa entrare l'acqua di mare per cavarne il sale. Essi costituiscono una specie di industria, il cui processo consiste nell'estrarre il sale dall'acqua del mare fatta entrare negli stagni, mercè la evaporazione naturale alla superficie del suolo.

Il ministro di agricoltura e commercio, a cui spetta in Francia la concessione di stabilire delle saline, preoccupato dalla differenza di opinioni intorno alla salubrità o insalubrità delle paludi disposte in guisa da estrarne il sale, propose all'Accademia di medicina una dimanda la quale si può riassumere nelle seguenti due proposizioni: « Le saline sono o non sono insalubri? » — « Fino a qual punto si può concedere che se ne stabiliscano, senza che la salute pubblica abbia a sentirne pericolo o inconvenienti? ».

Questo importante argomento di igiene fu finora pressochè trascurato, e non formò oggetto di studio speciale.

pei medici. Appena se ne fa cenno nelle opere che trattano delle paludi propriamente dette. Quel poco che si ha consta di documenti sparsi, scarsi lavori di dettaglio, e nulla di compiuto. *Ramazzini* stesso non ne parla che vagamente, per lo più con colori esagerati, o non per propria osservazione, contentandosi di riferire quanto gli venne comunicato. Fa maraviglia che l' industria di procacciarsi il sale mercè l' evaporazione naturale, antica quanto è il mondo, non abbia prodotto che assai poche scritture su di essa; e queste poche scritture non accennino per nulla alla salute dei lavoratori, nè all'influenza che possono avere in su di essi le saline.

In mancanza di libri il dottor *Mélier* si è procacciato notizie da uno scienziato per il quale l' acqua del mare forma la continua occupazione della sua vita, il prof. *Balard*; e da un amministratore che ha passato molti anni in mezzo alle saline, il sig. *Leterme*: indi ha compiuto i proprii studi visitando parecchie saline della Francia, e attignendo le informazioni sui luoghi stessi.

La questione delle saline in Francia presenta notabili differenze secondo che la venga studiata nel mezzodì di quel paese ossia sul Mediterraneo, oppure all'owest ossia sull'Oceano. Sul Mediterraneo tutto è favorevole all'industria del sale: spazii immensi, superfici unite, sole ardente, calore prolungato, pioggie rare. Il sale vi si forma da sè solo: se si mette in un piatto un pò d'acqua di mare, e la si lasci esposta al sole, l'acqua evapora rapidamente e in poco d' ora ne dà il sale. — Sull'Oceano al contrario tutto è sfavorevole, le piane sono meno belle, il cielo brumoso, l' estate è soventi breve, e le pioggie frequenti. Per avere un'idea compiuta di questa industria e della sua influenza, e per darla altrui, l'Autore ha dovuto visitare le saline del mezzogiorno e quelle dell' owest.

Nel suo complesso una salina altro non è che una va-

sta superficie destinata all' evaporazione dell' acqua di mare. Nei suoi dettagli essa consiste in una serie di compartimenti pei quali l' acqua trascorre successivamente, nell' atto si va mano mano concentrando, fino a che depone il sale che contiene. In alcuni luoghi e bene spesso, principalmente sulle coste del Mediterraneo, questa superficie, posta per quanto è possibile sur un terreno argilloso, è più o meno sopra al livello del mare e degli stagni salini: l' acqua per tanto non vi giugne che col mezzo di processi idraulici o macchine più o meno attive. Altre volte, massimamente sulle coste dell'Oceano, la superficie è inferiore a quel livello, per cui l' acqua vi cola naturalmente pel solo effetto della inclinazione del suolo e pel movimento delle maree.

Le saline del mezzogiorno sono più semplici che quelle dell'owest e constano di tre parti, ciascuna delle quali ha denominazioni tecniche, secondo che sono destinate o a ricevere l'acqua direttamente dal mare o dallo stagno salino, o a diffonderla, o a raccogliere il sale che vi si depone. L'acqua scorre dall' una nell' altra di queste parti, restandovi in ciascuna per un tempo più o meno lungo, secondo la varietà di temperatura, di superficie, di profondità, di venti, ecc. Mano mano che l'acqua passa dall' una all' altra di queste parti, va ognor più concentrandosi e diventa più salata. Se dapprincipio segnava 5° all'areometro, segna da ultimo 23° o 24°. — Prima però di salire a questa densità (a 15° o 16°), l' acqua depone i sali che sono più presti a precipitare, come sarebbero il carbonato e il solfato di calce. A 25° il sale o cloruro di sodio comincia a cristallizzare, e allora si fa che uno strato d' acqua passi sulle così dette tavole, e questo venga ogni giorno od ogni due giorni rinnovato, secondo che il tempo è più o meno favorevole. Il sale, deponendosi, vi forma uno strato più o meno denso, che va mano mano alzandosi coll'avanzare della ope-

razione, la quale continua per cinque o sei mesi, cioè da aprile a settembre. Prima che altra acqua si faccia accorrere sulle tavole, si fa smaltire quella che vi ha soggiornato e vi ha deposto il sale, la quale è più densa per la evaporazione, e costituisce la così detta « acqua madre ». Fino a questi tempi l' acqua madre si lasciò disperdere negli stagni o si rimandava al mare. *Balard* seppe utilizzarla approfittando del solfato di magnesia, dell' idroclorato di magnesia e del solfato di potassa che essa contiene, e i quali non cristallizzano che a più alto grado di concentrazione dell' acqua. Egli conserva quest'acqua madre, e nell'inverno, quando i lavori delle saline sono terminati, continua la evaporazione sulle medesime tavole del sale, e vi fa arrivare, a un certo segno, uno strato di acqua di mare satura di cloruro di sodio. Mercè soltanto della doppia decomposizione si ottiene uno strato di solfato di soda cristallizzato bianco e puro, che si raduna con una scopa, al modo stesso come si toglierebbe dal terreno uno strato di neve. A tal effetto basta che la temperatura scenda o 0°, o poco sotto.

L'acqua delle saline arrivata a certo grado di concentrazione presenta un fenomeno curioso che non è per avventura senza importanza pell' igiene. Verso 23° essa acqua piglia un colore leggiermente rosso, il quale dapprincipio è a pena sensibile, indi va facendosi più manifesto, e gradatamente arriva fino al più bel rosso, al rosso sanguigno; tramandando in pari tempo un odore come di viole o di iride fiorentina. Prima dell' areometro questo colorimento segnava il grado di concentrazione dell'acqua, e il momento della cristallizzazione. Per lungo tempo si è ignorata la causa di questo fenomeno, la quale venne recentemente chiarita da *Toly* ora professore a Tolosa. Egli ha fatto vedere che si svolge in queste acque un animaletto infusorio il quale è da accagionare e del colore e dell' odore summenzionati. Questo venne

denominato « Monas *Dunalii* » dal nome di chi ne ha intraveduta l'esistenza. Quando compare questo animaletto, l'acqua è talmente acre che irrita e arrossa la pelle, per poco la tocchi. Vegetabili e animali sono morti, bruciati stiam per dire dalla forza del sale: eppure in questo momento la natura vi crea un nuovo essere, per mostrarci che non v' ha mezzo che essa non sappia popolare. — Sotto il rapporto igienico, può darsi che questo animaletto microscopico operi qui, come operano le sostanze vegetabili ed animali, specialmente le conferve, nella decomposizione dei solfati in seno alle acque, e che in tal modo diventi un mezzo di insalubrità nelle acque madri entro le quali rimane. Aggiungasi che l' odore di viola è talvolta sì intenso da produrre ad alcuni lavoratori mal di capo e malessere, come a chi vive in mezzo ai profumi.

Tornando ai lavori delle saline, si tratta di raccogliere il sale a stagione finita, quando si crede che lo strato di esso sia sufficientemente denso: e la raccolta vi è fatta da gran numero di lavoratori, e sorvegliata da buon numero di doganieri. Esso, seccato che sia sulle tavole, dopo ben scolate le acque madri, viene raccolto a frammenti, press' a poco come da noi si raccoglie il ghiaccio nelle ghiacciaie artificiali prossime alle nostre città. — A proposito della sorveglianza doganale, si è imaginato, per renderla più facile, di fare un largo fossato tutto in giro alla salina, non lasciando che un' unica porta per chi entra ed esce. Esso fossato, per lo più pieno d'acqua ora dolce, ora salata e più soventi salmastra, è generalmente assai mal governato.

Le saline dell' owest differiscono da quelle del mezzogiorno. Esse sono costrutte in guisa da vincere le difficoltà che provengono dalla topografia e dallo stato dell' atmosfera. L' acqua vuol essere, stiam per dire, lavorata, mossa, rimossa, e fatta lungamente girare in gui-

sa da moltiplicare più che sia possibile il suo contatto coll' aria. In queste più che in quelle del mezzogiorno l'igiene deve studiare principalmente l' argomento, e adoperare i suoi consigli.

Non ci dilungheremo a descriverle: diremo solo che il numero dei compartimenti pei quali circola l' acqua vi è maggiore che nel mezzogiorno. Nel fondo il sistema è il medesimo, ma più complicato. La raccolta del sale non vi si fa a tavole asciutte, ma viene per così dire pescato quasi ogni dì, mano mano vi si depone, indi si lascia sgocciolare. Le acque madri non vi vengono mai smaltite compiutamente, e per lo più rimangono stagnanti intorno alla palude, e la infettano.

Tali sono le saline guardate in modo generale. Per studiare la influenza di esse sull' uomo *Mélier* espone la storia della sua visita a molte di esse, non che il ragguaglio della influenza che egli vi ha trovato esercitare sugli abitanti.

Mélier, comincia la sua escursione da quelle di Martigues presso Marsiglia. Un'insalubrità notoria regna non solamente in vicinanza della salina, ma nella città eziandio e nei dintorni. Tutto il paese è rinomato per le febbri, e pieno della memoria di *Foderé* che vi raccolse i materiali pel suo lavoro sulle febbri e sui succedanei della china-china. Le saline però sono la causa o una delle cause di insalubrità? — Vi ha eziandio umidità del luogo, sporchezza delle strade, acque corrotte e stagnanti, ecc.: non si può pertanto stabilire qual parte di insalubrità spetti a ciascuna.

Viene indi alla salina denominata Plan-d'Aren, una delle più belle del paese, e nelle condizioni le più favorevoli per cavarne il sale, il quale viene sul luogo stesso convertito in soda. Le acque madri non vi sono utilizzate, ma non rimangono mai stagnanti, e vengono condotte in un fiume vicino. Nella famiglia numerosa di

lavoratori si hanno febbri, massime alla fine della stagione. Ma la salina non è da accagionarsene, perchè il paese tutto è insalubre, e i contorni sono travagliati dalle febbri. Le cause vi sono, e possenti. Vi ha primieramente una circostanza, già avvertita da *Foderé*, che uno stagno di acqua dolce o quasi dolce è separato da uno stagno assai salato mercè un semplice argine, per cui vi debbe succedere, non fosse che a traverso le terre, quella mescolanza delle due acque, che viene generalmente reputata come una cosa sommamente dannosa. Nei contorni v' ha molte pozzanghere d' acqua salata e d' acqua pluviale; e a poca distanza uno stagno ampio da dove l' acqua non può uscire in nessun modo, e dal quale in autunno si alzano e si diffondono emanazioni micidiali, che diffondono anche lontano la loro pernicie. Per la qual cosa non si può determinare neppur qui quanto di insalubrità derivi dalla salina, quanto dal restante.

La salina di Hyères fornisce, fino a un certo segno, come dividere le due influenze. Essa è vasta: limitata al nord da terre coltivate e un po' più in là da monti, si distende a mezzogiorno fino al mare; a destra e a sinistra si confonde con due alte spiaggie meno estese, ove corrono due piccoli torrenti, soggetti frequentemente a straripare e a formare pozzanghere. La salina è alimentata da un gran stagno che comunica col mare, e distribuito come il solito. Le acque madri non vi vengono utilizzate, ma non vi stagnano. Il fossato che circonda la salina è in cattivissimo stato e malissimo governato: vi si mescola l' aqua dolce coll'acqua salsa. — Vi ha molti lavoratori, e molti doganieri disposti su varii punti a modo di piccoli posti di guardia. — Prima di parlare del loro stato di salute, vuolsi accennare che Hyères non è esente di insalubrità, notandovisi molte febbri (su 150 ammalati 70, 75 e fino 85 febbri) prodotte dalla vicinanza dei torrenti sunnominati, e dalle acque che tra-

versano la città e irrigano i giardini. Venendo alla popolazione della salina, non facciam conto per ora degli operai, dei quali non si conoscono bene le malattie, e neppure si saprebbe quale località accagionarne, perchè di giorno abitano alla salina, di notte a casa loro: ma piuttosto esaminiamo i doganieri, i quali vivono continuamente ai loro posti, e de' quali si possono esattamente conoscere le malattie. Ci ha febbri fra i doganieri: con questo però di notevole che i posti vicini alla salina, e in rapporto prossimo coi lavori del sale sono precisamente quelli che dànno minor numero di ammalati; e i posti discosti, e quelli che sono più o meno lontani dal luogo dei lavori ne sono dippiù travagliati. Questo risultamento tende a scolpare la salina dalla insalubrità: la quale insalubrità, che si nota nei contorni, dipende da una causa più generale, ossia dalla palude propriamente detta, ossia dalla località nel mezzo della quale la salina venne fatta.

Nelle saline di Cette, tenute assai bene, e che potrebber dirsi saline-modello vi ha delle febbri, alle quali il paese in generale va soggetto. I posti di guardia ne sono travagliati anch' essi: ma con varia proporzione, precisamente come a Hyères. I posti interni, quelli nel mezzo del sale, dove non v' ha nè acque dolci nè acque salmastre stagnanti, dànno poche febbri; ne dànno molte, pel contrario, i posti esterni o lontani dal centro dei lavori salini, intorno ai quali stagnano le acque pluviali, sia pure sia mescolate all' acqua di mare, e formano pozzanghere. Questo fatto è senza eccezione, e si presenta non in questa salina soltanto ma anche in altre, ed è a tutti noto. La differenza fra posto e posto è talmente marcata, che l'Autore ha creduto bene spartire tutti i posti in due grandi categorie: nell' una pone quelli ove domina l' elemento sale *(posti salini)*, nell' altra ove domina l' elemento paludoso *(posti paludosi)*. Potrebbesi

ammetterne una terza nella quale stanno i posti più insalubri ove l' acqua salsa si mescola alla dolce *(posti misti)*.

Le saline di Peccais situate alle porte di Aigues-Mortes, sono le più vaste del Mediterraneo, e tenute e governate colla massima cura e con tutta l' arte possibile. Questo paese è oltre ogni dire insalubre: è per eccellenza la patria delle febbri; le quali vi regnano costantemente, e talvolta vi apportano gravi stragi. È raro che vi passi un anno senza un' epidemia. La salina per grande che sia, è pur ristretta, e le febbri si estendono su tutto il paese; prodotte evidentemente dalla località e dalle sue tristissime condizioni topografiche. Facendo uno studio comparativo della salubrità dei posti, raccogliendo notizie sotto il doppio rapporto della topografia e del numero dei malati, è risultato a *Mélier* quello che abbiamo veduto per Hyères e Cette: che, cioè, i posti della salina, che non hanno altro intorno che acqua salsa (i posti salini) hanno costantemente pochi ammalati, e che i posti fuori della salina o lontani da essa, che hanno intorno a sè acqua dolce o acqua salmastra (posti paludosi, e posti misti), hanno al contrario il maggior numero per non dire tutti gli ammalati.

Un' ultima salina nelle vicinanze di Montpellier ha dato i medesimi risultati. Non ha che due posti: l' uno, il principale, stanziante letteralmente nel sale, e che non ha vicino alcun' acqua stagnante, non presenta quasi mai febbri; l'altro meno importante, fuori della salina, presso una palude dolce, fatta di acque pluviali alle quali si mescola acqua salsa, dà sempre febbri, e in tal numero da uguagliare da solo il numero delle febbri dell' altro posto, ch' è quattro volte più forte di uomini.

Dunque costanza di risultato: i posti fuori della salina dànno più febbri; quelli nella salina ne dànno meno.

Le differenze che si osservano tra i varii posti di una

medesima salina, si notano eziandio comparando tra loro una salina all'altra: per cui, riguardo al numero dei malati ve n'ha di salubri e di insalubri, di buone e di tristi. Tutte hanno febbri; ma alcune più, altre meno. Studiando sulla carta la topografia dei luoghi, si troverà la ragione di queste differenze nelle condizioni rispettive delle loro località. Queste condizioni regolano il numero dei malati: la salina, in quanto è salina, non c'entra per nulla, o per assai poco.

Seguiamo ora l'Autore nella sua escursione alle saline dell'owest. Non avendo potuto visitarne molte egli si è più particolarmente occupato di quelle di Marennes e suoi dintorni. In nessun'altra parte la questione igienica si presenta con maggiore gravità. Esse sono stabilite sulle sponde di un fiume navigabile, o piuttosto piccolo braccio di mare, che fornisce ad esse, all'atto del flusso, tutta l'acqua di cui hanno bisogno. Tutto il paese va soggetto alle febbri, le quali vi dominano quasi costantemente, ma specialmente in primavera e in autunno: costituiscono la malattia dominante, anzi il flagello del paese. Tutti però si accordano, come altrove, nell'occasionarne la località e le circostanze della salina, ma non la salina. Difatto la salute pubblica non fu mai sì prospera come a' tempi andati quando la produzione del sale era al massimo grado di sviluppo, e tutto il paese era coperto di sale. Questa prosperità decrebbe e scemò mano mano le saline divenner meno importanti e venner trascurate: avvenne, cioè, l'abbondanza delle febbri e il deperimento della popolazione collo scemare della industria salina. — Lo stesso si nota in ogni altra località: molte saline, pochi ammalati.

Combinando quello che abbiamo riferito sulle saline del mezzodì con quello che riguarda le saline dell'owest, pare di avere d'onde rispondere al primo quesito: « Le saline si devono considerare come insalubri? » La con-

chiusione non potrebbe esser dubbia e sarebbe: « No, una salina, per sè, non è insalubre ». — La quale risposta, deduzione come è dei fatti, poteva esser preveduta, poichè non si saprebbe vedere perchè l'industria delle saline dovrebbe esser insalubre. Tutto si riduce a far evaporare l'acqua salata, e ben si prevede che altro non ci avrebbe a temere fuorchè gli inconvenienti dell'umidità emanata dalla evaporazione di sì ampie masse di acqua; inconvenienti di ben poco conto, da che la evaporazione si fa all'aperto, è dissipata dai venti e dal sole, e la umidità stessa è ben tenue in confronto a quella che emanano il mare vicino e gli stagni che forniscono l'acqua alle saline. Le acque stagnanti, le mescolanze di esse e le successive decomposizioni, sono inconvenienti che si possono evitare, e che non si osservano fuorchè nelle saline mal tenute e mal governate: per la qual cosa non si deve accagionare l'industria delle saline dai danni prodotti dal mal governo di esse.

La seconda dimanda è « Se si possa senza pericolo e senza inconvenienti per la pubblica salute autorizzare lo stabilimento delle saline ». Ad essa il relatore risponde « Sì, la si può autorizzare »; soggiungendo che, non che non nocivo, lo stabilimento di una salina deve esser, in molti casi, considerato come un mezzo per render salubre una località, e quindi favorito. Difatto, si tratta di trasmutare una spiaggia inuguale, qua e là sparsa di elevatezze e di avvallamenti, con pozzanghere piene di acqua stagnante e salmastra con entro sostanze vegetabili ed animali, in una superficie uguale, livellata e disposta ad arte per ottenere la evaporazione dell'acqua del mare. Si tratta pertanto di rendere assai meno insalubre una spiaggia dianzi sommamente insalubre. Quanto più la sostituzione dell'elemento salino, per adoperare la frase sopra menzionata, all'elemento paludoso sarà compiuta, vieppiù il risanamento della località

sarà reale. Avverrebbe in tali casi quello che si osserva in alcune saline alimentate da sorgenti e da pozzi salati (come in alcune saline dell'est), ove il sale si ottiene senza stagni salini, e nelle quali esiste per conseguenza il solo elemento salino. In queste non v'ha febbri, e la salute degli operai vi è eccellente, e notevole la longevità. —

Basta per le prime dimande. Passiamo ora a ragguagliare della Seconda Parte del Rapporto, tendente a rispondere al ministro: « se converrebbe di classificare le saline fra le categorie degli stabilimenti insalubri, il cui stabilimento è subordinato alle formalità prescritte dal decreto 15 ottobre 1810, e di provocare alcune disposizioni legislative particolarmente applicabili a siffatto genere di industria ».

Se le saline fosser ben tenute, ben governate, in istato di costante attività, esse sarebber non solo innocue ma utili. Ma pur troppo raro è che vi si osservino queste buone condizioni: per cui un' industria per sè salubre, può diventare perniciosa alla pubblica salute e divenire micidiale. Le discipline da osservarsi dagli intraprenditori di saline riguardano il fisco e la imposta, ma non si curano dell'igiene, nè che la salina sia costruita in guisa da adempiere allo scopo proposto senza danno alla salute. Non si prende notizia se l'acqua sia per arrivarvi facilmente e sempre in sufficiente quantità; se lo scolo vi sarà pur libero; se potranno esservi smaltite via le acque madri, il cui soffermarsi reca grandi inconvenienti; se i livelli vi siano stati presi con giustezza; se si è sufficientemente impedito a che non si mescolino insieme le acque dolci con le acque salse, ecc. Eppure da questa e da simili condizioni bene o male osservate dipende la salubrità o insalubrità della salina, di quelli che vi lavorano, e del paese circostante.

Il governo vi dovrebbe bensì prescrivere alcune di-

scipline all'atto dello stabilimento, e altre che servano a conservare la salubrità della salina: ma più che mai sarebbe necessaria l'opera sua quando una salina venga abbandonata dall'intraprenditore. Comunemente la si abbandonava come si lascia incolto un terreno: e facile è a immaginarsi che cosa sia per avvenirne. I canali che conducevan l'acqua, quelli che la riconducevano, gli evaporatoi, i rigagnoli, tutte le vie di circolazione e di eliminazione a poco a poco si guastano, si ostruiscono, si interrano; le acque dolci si mescolano colle acque salse, reagiscono fra sè e sui corpi organizzati che esse contengono, si svolge la fermentazione, muore tutto ciò che aveva vita, e si decompone, la infezione diventa generale, e quindi insalubrità; nascono le febbri, si moltiplicano; la popolazione scema e va deperendo; il paese è compromesso. — A provare che questi effetti non sono che la espressione del fatto, il dott. *Mélier* narra le sorti cui soggiacque la città di Brouage una volta fiorente, ora miserabile e quasi deserta a cagione dell'abbandono delle saline e della conseguente insalubrità. Gli abitanti, decimati dalle febbri, hanno lasciate le loro case, trasportando seco quanto potevano e non vi lasciando che le mura, che il tempo distrugge, e demoliscono le pioggie. — La popolazione dei luoghi ridotti a questa estremità presenta una mortalità enorme che supera quella dei luoghi più malsani. In alcune comuni arrivò persino alla spaventosa cifra di 1 su 13 abitanti. La media del comune nel quale è compreso Brouage calcolata per 16 anni ha dato un morto su 21 abitanti; mentre la mortalità della Francia nel medesimo periodo era di 1 su 40 circa. La morte colpisce i bambini nel primo anno di vita (32 per cento e in alcuni comuni fino 42 per cento); prima di un anno la generazione nascente si trova ridotta ad un terzo ed anche meno, invece del 23 o 24 per cento, che è la cifra della Francia. La cifra dei nati è

sensibilmente inferiore a quella dei morti; eppure la proporzione delle nascite vi è considerabile (1 su 24 abitanti) in confronto alla media della Francia (1 su 32).

Abbiamo riportato abbastanza per delineare gli effetti delle saline abbandonate e ridotte a paludi insalubri. Ora vuolsi aggiungere che queste saline abbandonate recano lontano la loro perniciosa influenza. Gli effluvii seguono la direzione dei venti, di maniera che i luoghi vicini ne sono ad ora ad ora travagliati, e con varia intensità secondo la diversa direzione. Ciascuna località ha il proprio vento favorevole, e il proprio vento contrario. Spirando l'uno v' ha poche febbri; spirando l'altro, febbri in gran numero.— Questo fatto, che si verifica in più luoghi enumerati dal relatore, aggiugne altra prova alle molte che dimostrano le realtà degli effluvii, da alcuni scrittori negata: esso tende a far vedere che le alternative di caldo e di freddo, di secco e di umido non costituiscono tutto negli effetti prodotti dalle paludi. Ammettendo un agente tossico emanato dalle paludi, che il vento spinge e trasporta, come muove le nubi, ora in un senso, ora in un altro, ed è germe di malattia, si trova come spiegare molti fenomeni che non hanno ragione nel solo squilibrio termometrico ed igrometrico. —

Tornando all'argomento, il relatore ripiglia a dire che all'industria delle saline ci vogliono discipline. Ma quali? — Esse costituiscono il punto più importante da esaminare.

Secondo il relatore bisogna che su questo particolare tutto sia regolato con precisione e con severità: siano formulate le condizioni di primordiale stabilimento delle saline, le condizioni di manutenzione e di conservazione, le condizioni dell' abbandonarla.

E quanto alle condizioni di primordiale istituzione bisognerebbe che il Governo si curasse di conoscere i pia-

ni non tanto in relazione alle attinenze colla guerra o con la marina, ma anche sotto altri riguardi. Bisognerebbe si assicurasse se la salina progettata potrà funzionar bene, se la sua distanza dal mare o dallo stagno che la deve alimentare non sarà soverchia, se l'acqua vi arriverà facilmente e potrà pur facilmente riuscirne, se i livelli venner presi bene, ecc.: bisognerebbe cioè far qui quello che si suole praticare per le industrie insalubri o pericolose, e non permetterne l'impresa prima che persone competenti abbiano dichiarato che vi venner adempiute le condizioni richieste perchè tutto corra regolarmente. — Ma oltre al primo impianto, l'Autorità deve vegliare alla manutenzione e alla conservazione della salina in buon stato, e che i fossati, i canali, gli smaltitoi vi siano così tenuti da adempire bene ai loro ufficii. Il dott. *Mélier* insiste massimamente sulla necessità o di tener pulito, o di evacuare d'acqua, o di sopprimere affatto il fossato che ricinge le saline; come quello che è il peggio tenuto, ed è quasi ovunque cagione non piccola della malsania dei luoghi. Per la sorveglianza fiscale basterebbe aumentare il numero dei doganieri: ben poca cosa in confronto alla gravissima insalubrità che si risparmierebbe ai lavoratori del sale e ai doganieri stessi.

Ma più che ad ogni altra cosa, bisogna abbadare a che siano stabilite condizioni precise e rigorose all'abbandono delle saline, sia che questo avvenga in maniera temporaria o definitiva. Chiunque per alcun motivo intende di non continuare più oltre i lavori di una salina, dovrebbe esser obbligato a farvi le operazioni che sarebber reputate necessarie dagli ingegneri per prevenire la infezione, e non lasciare che vi si avvii quello stato di cose che costituisce la salina impaludata (marais gât); avendo principalmente in mira di opporsi al ristagno delle acque, e massimamente alla mescolanza delle acque salse con le acque dolci.

E qui, siccome al nostro A. occorse più volte di toccare della miscela dell'acqua salsa con la dolce, come sommamente dannosa, ei viene a discorrere più distesamente di codesto fatto ormai posto fuori di dubbio e definitivamente ammesso nella scienza. A tale proposito entra in alcuni particolari già esposti dal *Giorgini*, parlando delle maremme Lucchesi, nella sua Memoria intitolata: « Sur les causes de l'insalubrité de l'air dans le voisinage des marais en communication avec la mer » (Annales de chimie et de physique, t. XXIX, p. 225; 1825), dal *Tartini*, parlando delle maremme Toscane, nelle « Memorie sul bonificamento delle maremme Toscane » (Firenze, 1838), e dal *Salvagnoli* nel suo « Saggio illustrativo della statistica medica delle maremme Toscane » (Firenze, 1844-1845). Noi non seguiremo l'Autore in codeste particolarità riguardanti il nostro paese, essendo note alla maggior parte dei nostri lettori, ed essendo stata la miscela delle acque dolci con le salse, come causa di malsania, argomento di discussione nella Sezione di chimica al Congresso scientifico di Napoli, e di menzione in questi Annali nel dar ragguaglio della bell'opera del dott. *Salvagnoli*. Soggiugniamo solo come abbia bene adoperato il dottor *Mélier* a far conoscere slla sua nazione i lavori intrapresi fra noi per bonificare le maremme e le paludi, e il buon esito che in alcuni luoghi si è già ottenuto, e quello che è avviato in altri molti. Quello che in Italia è riuscito, ben riuscirà anche in Francia.

In questo punto l'Autore digredisce a dimandare: Che cosa è quello che rende cotanto dannosa la miscela delle acque marine con le acque dolci? — Ciascun essere, osserva saviamente il dott. *Mélier*, ha le proprie condizioni di esistenza fuori delle quali languisce e muore: agli animali di acqua dolce, occorre quest'acqua; a quelli di acqua salsa, l'acqua salsa. La mescolanza di queste ac-

que mutasi in un vasto deposito entro cui sono morti e vanno decomponendosi migliaia di cadaveri; d'onde miasmi, e una causa possente di malsania. — A questa prima causa vuolsi aggiugnere un' altra dipendente dalla composizione dell' acqua di mare. Essa acqua, come fu altrove accennato, contiene de'solfati, i quali pel contatto prolungato delle materie organiche si decompongono, e, passando allo stato di solfuri, dànno origine all'idrogeno solforato. È naturale a pensare, dice *Mélier*, che la decomposizione dei solfati la mercè della materia organica, e l' idrogeno solforato che ne risulta hanno molta parte negli effetti perniciosi della miscela delle acque salse colle acque dolci, e che in tal modo vogliono esserne in gran parte ispiegati. Da una parte dunque la morte e la corruzione degli esseri organizzati e vivi; e dall' altra la decomposizione dei solfati e forse di altri sali mercè la materia organica, sarebber le due cause principali, dal cui concorso e combinazione crescerebbero gli effetti micidiali dianzi enumerati. — Codesta spiegazione concorda con quella che abbiamo noi pure riportata rendendo contezza dell' opera di *Salvagnoli* « Sulle maremme Toscane », e quella è comunemente seguìta nei luoghi dove domina la mal'aria e dove v'ha possibilità che l'acqua dolce si mescoli con l'acqua salsa. Il nostro Autore però dimanderebbe se mai queste due cause, la distruzione della materia organica e la decomposizione dei solfati non fossero, eziandìo nelle paludi ordinarie o dolci, come nelle paludi miste e salmastre, la causa essenziale delle febbri intermittenti: e congetturerebbe che la differenza di pernicie tra paludi e paludi, talune micidiali e tal' altra innocenti, sebbene apparentemente simili, dipenda dal contenere le acque delle une solfati in molta copia, e le altre o punto o poco di solfati.

Qualunque sia l'incontro di queste congetture il fatto sta, incontestabile e dimostrato, del danno massimo che

deriva lasciando mescolare le acque salse con le dolci; e chiaro risulta doversi occupare di impedire che ciò avvenga quando si trattasse di imporre condizioni a chi intraprende e più ancora a chi abbandona la industria salina.

In genere poi il relatore propone che venga istituita un ufficio speciale di sorveglianza per le saline, un sistema compiuto e ben inteso *di ispezione e conservazione delle saline*, il quale comprenda questi stabilimenti sotto il triplice riguardo di loro primitivo impianto, di loro manutenzione, e di loro abbandono. Per esso le saline sarebber sempre ben fatte, ben governate, ben mantenute, e all'atto dell'abbandonarle sarebber adempiute tutte le misure prescritte dall'arte per prevenire gli inconvenienti consecutivi a questo abbandono. E a mostrare come non ci ha nulla di nuovo sotto il sole, il dottor *Mélier* termina il suo Rapporto coll'annunciare che il sistema ora proposto, venne addottato molto tempo fa in Francia stessa (1639) per editto di Luigi XIII, vi fu in pieno vigore, e indi dismesso (1643). Dalla lettura degli Atti che l'A. riproduce si vede manifesto quanto studio mettessero allora affinchè nulla mancasse al buon governo delle saline, la cura di prescrivere leggi che vegliassero affinchè non riuscisser nocive, e la veggenza di chi allora propose siffatte leggi. Esse, per quanto risulta dai brani riportati, non miravano direttamente alla pubblica salute: indirettamente però riuscivano a questo, perchè col fare che tutto nella salina riuscisse bene al proprio scopo, ottenevasi quello appunto che ora il relatore propone a farsi per opera di un'istituzione igienica.

Riassumendo a pochi capi quello che risulta dal Rapporto elaboratissimo del dottor *Mélier*, si hanno le seguenti conchiusioni che possono rispondere ai quesiti del Ministro:

« 1.° Una salina (« marais salant ») ben impiantata,

ben governata, e ben mantenuta per sè non è insalubre.

« 2.° Anzichè insalubre, essa può, in molti casi, esser riguardata come mezzo di risanamento.

« 3.° Se al contrario la sia male impiantata, male mantenuta e mal governata, essa può diventar causa possente di insalubrità, e compromettere sommamente la pubblica salute.

« 4.° Il maggior pericolo deriva dall' abbandonare le saline, senza precauzioni preventive. Siffatto abbandono trae quasi sempre seco le più gravi conseguenze.

« 5.° Le saline dovrebber essere sottoposte a discipline precise, a condizioni nettamente formulate, sotto il triplice rapporto del primo impianto, della manutenzione, e dell'abbandono.

« 6.° È dubbio se la legislazione attuale comprenda, sotto ognuno di questi riguardi, disposizioni sufficienti; parrebbe pertanto necessario di ricorrere a disposizioni particolari che comprendessero complessivamente l' argomento.

« 7.° Ammesse queste disposizioni, il mezzo migliore per assicurarne la esecuzione sembrerebbe quello di creare un'ispezione e un conservatorio delle saline ».

Annotazioni terapeutiche pertinenti all'iodio e suoi preparati; di G. B. Fantonetti, *membro effettivo pensionato dell'I. R. Istituto lombardo di scienze, lettere ed arti, ecc. ecc.*

Nella prima parte di questo lavoro, riportata nel fascicolo di aprile 1846, io prometteva venirnelo continuando in riguardo all' *ioduro* di *amido*, di *am-*

monio, di *bario*, ecc. Il che ora vedrò modo di adempiere in tanto più in quanto è soggetto che tutta l'attenzione merita de' pratici, riuscendo i preparati iodici validissimo soccorso terapeutico al saperne ben regolare la scelta, e l'applicazione, ciò procedendo però solo dalle sperienze che se ne sono fatte.

Ioduro di amido. Alcuni giornali vantarono nella scrofola la mescolanza dell'iodio all' amido assicurando cavarsene i grandi vantaggi potendosi portare le dosi di esso iodio alle maggiori possibili senza il menomo danno. Capitatomi il caso opportuno volli tentarne la pruova. Era il figliuolo dell' inserviente presso l' I. R. Istituto lombardo di scienze, lettere ed arti, dell' età di anni sei, di vera costituzione scrofolosa (1), con intumescenza di molte ghiandole al collo ed alle ascelle, esulcerazione di alcune, e carie sì al dito indice della mano destra, che al pollice del piede sinistro; ventre molto tumido, svolgimento notabile delle ghiandole mesenteriche. — Iodio *tre grani*, amido *quattro dramme (peso austriaco)*, eseguita la mescolanza in mortajo di vetro, e divisa in dodici parti eguali da prendersene quattro al giorno, una cioè ogni tre o quattro ore, in due on-

(1) Pella determinazione del giusto valore della parola *scrofola*, e *costituzione scrofolosa*, e pella indispensabile distinzione che corre in tra questa e le irritazioni od infiammazioni locali, che presso molti corrono sotto la stessa denominazione, io, a non soverchiare inutilmente questo articolo, rimetto il lettore alla mia *Traduzione* del *Trattato compiuto della scrofola* di *Le Pelletier*, ecc. Milano 1834.

cie di acqua. Ioduro di potassio *una dramma*, adipe *un' oncia* a dovere uniti, pella medicazione delle ulceri, e frizione alle ghiandole esterne. — Sostenuto bene il rimedio interno fu l'iodio portato a *quattro grani*, indi a *sei*, poscia ad *otto*, successivamente a *nove*, duratovi in tutto quarantaquattro giorni. In capo a questo tempo notavasi grande miglioramento, da che alcune ulceri s' avevano rammarginate; diminuita quella del piede non più staccandovisi scheggie ossee, le ghiandole molto detumefatte. Temendo cionnullameno di soverchiamente saturare l'organismo di iodio se ne intralasciò l' uso interno limitandosi alla sola cura esterna, sostituito all' ioduro di potassio il protojoduro di mercurio nella stessa proporzione, colla mira che più efficace ne fosse l'azione. Questa cura così ridotta venne continuata pei mesi di dicembre, gennajo, febbrajo e marzo. In aprile non erano più esulcerazioni, e le ghiandole quasi del tutto svanite, il ventre molto detumefatto, l' aspetto generale con grande guadagno, la nutrizione della persona sufficiente, in quanto che la digestione alimentare s' aveva ognora compiuta bene, e non mai surto il menomo indizio nè di irritazione gastro-enterica, nè di saburre. All' accostarsi dell' inverno successivo ricomparve l' ingrossamento delle ghiandole del collo e delle ascelle, il quale però svanì per non più manifestarsi in seguito alle unzioni instituitevi per due mesi colla pomata composta di *una dramma di protojoduro di mercurio e dieci dramme di adipe.*

Tanto felice riuscita mi animò alla stessa cura, in tre altri casi presso che identici, uno di un fanciullo di cinque anni, gli altri due in soggetti femmine di sei in sette anni. Ma il primo dopo due giorni incominciò ad avere avversione al rimedio, la quale accrebbe al segno da essere insuperabile, e suscitandosi ostinato vomito, al farglielo per forza trangugiare anche a dose diminuita e ravvolto in ostia. E ciò pare dipendesse dalla molesta azione del farmaco in sul ventricolo o a meglio dire dell' iodio stesso, da che tutti gli altri preparati di questo non erano del paro tollerati per quanto se ne cangiasse la dosa e la forma. Nelle due fanciulle succedettero, dopo sei giorni che prendevano l' iodio coll' amido, i più marcati fenomeni di irritazione gastro-enterica, i quali cedevano alle emulsioni gommose, per ricomparire non appena si tornava all' iodio coll' amido anche attenuandone la dose. Con altri preparati iodici si riuscì però ad ottenerne giovamento, siccome vedremo in parlando dell'iodoformio.

E l' insopportabilità del preparato di amido e iodio l' osservai in più incontri apparire con tutta facilità anche in persone adulte, le quali dopo pochi giorni della presa del rimedio, parte per dolori di stomaco, parte per sintomi di irritazione gastro-enterica, non era più possibile vi si riducessero, e molesta ne tornava loro sino la semplice vista del farmaco. E qui importa si noti che questo ritenuto ioduro di amido viene dallo stomaco più di leggiere sopportato dopo che fu preparato da uno o due gior-

ni pella ragione che la quantità dell' iodio ne è diminuita, posciacchè per opera del calorico esso iodio tende a passare allo stato di vapore, che disperdesi nell' atmosfera, ed esso disperdimento è maggiore in ragione dell' altezza della temperatnra. Questo riflesso m' indusse ritenere fosse vero il pensamento di alcuni chimici, che all' unire di tale maniera e in tali proporzioni l' iodio all' amido non ne venga una combinazione chimica delle due sostanze, ma una semplice mischianza, per cui disperdendosi l' iodio non si è sicuro della quantità che opera in sull' organismo, e d' altra parte può anche formarsi dell' acido iodico. A togliere ogni dubbio non appena mi fu noto conservarsi nelle spezierie una preparazione estimata vero *ioduro di amido* volli esperimentarla. Essa era ottenuta sciogliendo l' amido colla bollitura in soluzione di ioduro di potassio, aggiugnendo al liquore filtrato acqua clorata insino al cessare del precipitarsi fiocchi azzuri, i quali lavati poi con acqua ed essiccati tra carta, vennero custoditi difesi dall' aria e dalla luce. Di questo ioduro ne prescrissi a due giovani dell' età di nove in dieci anni con tumefazioni alle ghiandole del collo, degli inguini, e del mesenterio, facendone sciogliere *quattro grani* in una libbra di emulsione *gommosa* da consumarsi in sei dosi nella giornata. In sulle prime non mi venne notato nulla nè di bene nè di male, ma aumentando la quantità dell' ioduro incominciò a disgustare, poi a movere dolori di ventre e diarrea, per cui ebbi ad intralasciarne l' uso.

Al quale anche in appresso non seppi addivenire, prima perchè li ioduri che si conservano nelle farmacie sono di proporzioni iodiche diverse, come lo mostra la diversità del colore quasi nero, azzurro carico, azzurro chiaro, violetto, o quasi bianco, e la maggiore o minore solubilità nell'acqua succedendo essa in ragione diretta della quantità dell' iodio presente; poi perchè non puossi non opinare con alcuni chimici, che dall' unione tra l' iodio e l' amido non si ingenera vera combinazione atomistica che costituisca in istretto senso ioduro, ma semplicissima mescolanza, e l' iodio limitarsi a colorare superficialmente i granelli della fecola dell' istessa guisa che colora in giallo più o meno carico gli altri tessuti organici, quali il lino, la bambagia, la lana, l' epidermide, ecc. Dal che ne consiegue che i pretesi ioduri di amido si denno avere per rimedi d' azione incerta e pericolosi, e da eliminarsi quindi dalle farmacopee.

Ioduro di ammonio. Questa combinazione è sotto forma di cubi, ha sapore salato pungente, ingiallisce e si liquefa all'aria, ed è più solubile del cloruro di ammonio o sale ammoniaco. *Bouchardat* dice che ha proprietà simili a quelle dell' ioduro di potassio, ma in modo più eccitante. — Un giovane di 18 anni, studente, soggetto a rigonfiamenti delle ghiandole del collo e degli inguini, era stato più volte curato, non in modo però compiuto, col calomelano, colla cicuta e colla barite ne' primi anni di sua vita. Diciotto mesi addietro un medico a Berna, all' es-

serglisi più del consueto ingrossate esse ghiandole, dichiaratele di indole scrofolosa, gli prescrisse il decotto di salsapariglia coll'ioduro di potassio nella quantità di mezzo scropolo per ogni libbra di decotto di quella radice da consumarsi nelle ventiquattr'ore. La cura durò venti giorni, ma senza notabile giovamento, non venutone però mai fenomeno di sorta dall'uso del rimedio che ne lo facesse sospendere. Sembrando anzi al giovane che le sue ghiandole prendessero aumento, tornato a Milano si sottopose volentieri alle pillole di *mezzo grano di ioduro di ammonio*, ripetute quattro o cinque volte nella giornata. In sulle prime lo stomaco non diede segno di risentirsene, e siccome le pillole divenivano dell'istante molli (essendo anche il tempo molto umido) si pensò scioglierlo nell'acqua. — *Ioduro di ammonio grani sei, acqua distillata una libbra, siroppo un'oncia*, da prendersi in sei volte alla distanza di due in tre ore ciascuna. — Il dimane si manifestò leggiero bruciore di stomaco, il quale trapassò in dolore il giorno seguente, con evidenti segni di irritazione gastrica. Si sostituì la emulsione di gomma arabica insino a che questi cessarono, ed indi vi si aggiunsero *quattro grani di ioduro di ammonio*. Nissun sintomo molesto. La dimane *sei grani*. Leggier nausea, e inappetenza. Si continuò; maggior nausea, nissuna voglia di mangiare; stitichezza. Stessa dose di rimedio; vomito con ardore di ventricolo; lingua molto sporca e rossa agli orli, sete grande; gonfiezza e intolleranza

del tatto alla regione epigastrica. Nissun guadagno nelle ghiandole. Si intralasciò l'ioduro di ammonio. Non cessò l'irritazione gastrica. Fu duopo due applicazioni di mignatte, e l'uso de'mucilagginosi per una settimana. In appresso altro preparato iodico vi si sostituì, e produsse buon effetto, come si indicherà a suo luogo più innanzi.

In tre altre persone dell'età di anni cinque a sette l'ioduro di ammonio irritò più o meno il ventricolo ma sempre al segno di dovere sospenderne la pratica. Più felice fu il tentativo in una lavandaja, nubile, di anni 22, cui premendo liberarsi dal gozzo, della grossezza di un uovo di pollo, aveva più volte dato mano alla pomata iodata, che ordinariamente dispensano gli speziali stessi, e più volte dovette dopo tre o quattro unzioni sospenderla pel motivo che faceva arrossare fortemente la pelle, la quale successivamente prendeva colore giallo che durava lungamente. La prescrizione dell'ioduro di ammonio si incominciò da *tre grani* in otto oncie di emulsione gommosa, indi si accrebbe di *un grano* giornalmente insino ai *quindici*, ne' quali si continuò cinque giorni. In tutto si consumarono centosettantasette grani di ioduro di ammonio senza il menomo inconveniente, con notabile diminuzione del gozzo, il quale anche dopo desistito dal rimedio andò perdendosi al punto da non più conoscersi, persistendo la guarigione.

Ad onta nondimanco di questo fortunato evento l'ioduro di ammonio pella proprietà sua più irri-

tante che l'ioduro di potassio, e quindi meno tollerabile che questo, massime poi dallo stomaco dei fanciulli, sembra non meritare la molta fiducia dei medici.

Ioduro di bario. — Se la barite fruiva già, appo alcuni clinici, del titolo di valente contro il morbo scrofoloso, in combinazione all'iodio, avuto per possentissimo nella stessa bisogna, sembrò doversi ritenere di ancora maggiore efficacia. — L'ioduro di bario si presenta sotto forma di cristalli, aghiformi, leggiermente deliquescenti, e dai quali abbandonati all'aria libera ed al più leggiero calore con tutta facilità si svolge dell'iodio in vapori convertentisi così in carbonato di barite. Fa duopo quindi che essi cristalli sieno conservati in vase ben chiuso. L'azione di questo preparato è di attività molto maggiore di quello del ioduro di potassio, per cui la dose da adoperare vuole essere molto minore.

Giuseppe S....., d'anni 19, dimostrante tutti i caratteri della costituzione la più scrofolosa, e con ghiandole rilevanti al mesenterio, agl' inguini ed al collo, esulcerazione del diametro di mezzo pollice alla parte inferiore dell'ascella destra, carie al pollice della mano sinistra, e cicatrici di altre esulcerazioni state al collo ed ai piedi, curato più volte in vita sua, ora colla barite, ora col mercurio, e da tre anni col caffè di ghiande internamente, e al di fuori colla pomata di ioduro potassico. — *Ioduro di bario grani tre, emulsione gommosa una libbra,* da prendere nella giornata in sei o sette volte. Poi

pella medicazione esterna *ioduro di bario grani dieci, di unguento olio e cera dramme quattro.*-Venne prescritto in poca quantità pella facilità con cui questo ioduro, come dicemmo, si decompone, tanto più ch' era in giugno. — Non essendovi febbre, e il dimagramento della persona notabile, si raccomandò fosse alimentato con carni e minestre di brodo buono. L' emulsione fu consumata senza il menomo inconveniente; per cui non si esitò di portare l'*ioduro a tre grani*, tenendone l' ampolla in fresco. Accrescendo cotidianamente un grano al giorno si potè arrivare ai dieci. Allora incominciarono a sorgere nausee, doloretti allo stomaco, ed avversione grande all' emulsione. Si sospese il rimedio tre giorni, indi, scomparsi tutti i guai dello stomaco, vi si ritornò facendo principio da *tre grani* sciolti in otto oncie di acqua raddolcita con siroppo di lamponi, sdegnandosi dal malato l' emulsione, che d' altra parte pella calda stagione, che correva, di leggiere si guastava. E perchè l'ioduro fosse meglio tollerato dal ventricolo non si aumentò la dose di *un grano* che ogni terzo giorno, ed arrivato ai *sette* vi si fermò per ben vent' un giorno, non mai desistito altresì nella medicazione esterna dall' uso dell' unguento accresciuto solo di *due grani* l' ioduro, pella ragione che temevasi, ove fosse in maggiore proporzione, tornasse irritante. Mostrandosi il giovane nojato delle medicine in bevanda, nè volendo desistere dell' ioduro di bario, vedendo a chiare note miglioramento in tutta la condizione morbosa, si addivenne alla for-

ma pillolare ricettandone sei grani colla mollica di pane da prendere in quattro volte nelle ventiquattr' ore. Otto giorni da poi l' esulcerazione al collo era rammarginata, la carie al pollice si poteva dire presso che cessata, e la piaga ridotta a non più di due linee di diametro, mentre da prima occupava presso che tutta la superficie superiore. Le ghiandole del mesenterio diminuite di molto. L' aspetto generale con notabile vantaggio. — Continuazione dell' ioduro di bario ad *otto grani* il dì; unguento collo stesso farmaco, come sopra, per medicare la piaga. Dieta carnea piuttosto abbondante desiderandola assai il malato. Un mese da poi era compiuta la cicatrice anche al pollice. Tutti gli ingorghi ghiandolari appena riconoscibili. Desiderando il giovane recarsi nella Brianza gli fu conceduto. Colà si rinfrancò nella salute, la quale dura tutt' ora ferma, scorsi tre anni dalla fatta cura.

A.... S...., di anni nove, figliuolo di un negoziante in seta, incominciò dall' avere infiammazione dell' articolazione omero-cubitale destra, poi tibiotarsica sinistra, poi radio-carpica sinistra, in ultimo apparve una vertebrite lombare; i quali tutti processi flogistici costituirono in progresso più o meno vasti ascessi previo tumore; e i primi due furono curati da un chirurgo, il quale estimò adoperare la pietra caustica ad aprirneli, eseguendo poi la medicazione col semplice unguento digestivo, e cerotto gommoso o mucilagginoso, e dando internamente purganti di calomelano. Già da nove mesi duravano

le prime due località ed erano vicine a guarigione allorchè apparvero i primi sintomi nelle altre due; e presto corsero a forte intumescenza. L' ascesso radio-carpico si aprì da sè stesso in due punti; quello ai lombi, del diametro di oltre a due pollici, richiese il taglio come mezzo più pronto per dar esito alla materia purulenta, la quale produceva gravissimi dolori. Egli si fu a questo punto che ammalatosi il chirurgo venni io chiamato alla cura del fanciullo coll' idea che si praticassero rimedi interni temendosi il rinnovamento di altri tumori. La già lunga durata della condizione morbosa, la lenta febbre, il sommo dimagramento della persona, il dubbio che fosse già carie alle vertebre ed alle ossa del carpo mi fecero rimanere in sulle prime in forse se avessi a dar mano ai preparati di iodio; decisomi, trascelsi l' ioduro di bario. *Quattro grani in otto oncie di acqua,* raddolcita con siroppo di lamponi, da consumare entro la giornata. Unguento di olio e cera *un' oncia, e mezza dramma* di ioduro di bario pella medicazione delle diverse località, tutte esulcerate, con due fistole alla radio-carpica. Dieta animale, composta specialmente di brodi succosi, caffè di ghiande anche col latte; ciocolatta. Per ben tre mesi si proseguì con questo procedimento curativo. L' ulcera del piede rammarginò, si limitò molto quella all' articolazione della mano, le fistole prolungantisi lungo la muscolatura dell' antibraccio, esercitatavi costantemente una graduata pressione, diminuirono a gran pezza. Solo la vertebrite presentò tratto

tratto nuovi rigonfiamenti, e fuocolai purulenti, e da ultimo si ridusse ad ulcera ritonda di un pollice e mezzo di diametro, dolente, ma senza notabile accrescimento di volume nelle apofisi, e non impediente i movimenti della colonna vertebrale. Di quella pezza il ventre che era al tutto normale incominciò ad avere meteorismo, presto diarrea, sebbene già da sei giorni il fanciullo non prendesse più rimedj. In sulle prime fu estimata indigestione, cui si cercò riparare con olio di ricino, poi si passò alla polpa di tamarindi, alle limonate gommose, ma in vano; chè le scariche alvine battevano copiose e numerose nella giornata. — *Concino* alla dose di *quattro grani* ogni due ore. Limonata minerale gommosa. Gelatine animali. — In una settimana fu riparato al guaio intestinale; sei giorni appresso si estimò ripigliare l'ioduro di bario a mezzo grano per dose in pillola, ripetuto quattro o cinque volte nelle ventiquattr'ore. Ogni quindici giorni se ne sospendeva l'uso per uno o due; le ulceri si medicavano sempre colla pomata pura di ioduro di bario; e così si trapassarono otto mesi, in capo ai quali le esulcerazioni erano tutte guarite, e il fanciullo poteva camminare per casa. Mandato in campagna e lasciatovi tre mesi acquistò grandemente nel tutt'assieme della persona, e il ben essere dura tutt' ora.

Non così prospera andò la bisogna in altro fanciullo di sette in ott' anni, figliuolo anch' esso di negoziante in seta, il quale da ventisei mesi trovavasi tormentato da infiammazione scrofolosa all' artico-

lazione ileo-femorale destra in terzo periodo, ingorghi e suppurazioni ai gangli del collo. Era stato da parecchi medici e chirurgi trattato colla cicuta, col calomelano, colla barite internamente, esternamente con replicate applicazioni di mignatte specialmente alla parte superiore della coscia, che si mostrava infiammata ed assai gonfia. Si aggiunsero i bagni generali con acqua di mare artificiale, i preparati antimoniali, poscia i marziali per bocca, e da ultimo fu aperto largo cauterio in rispondenza al capo del femore affetto. Il dimagramento della persona era notabile, movimento febbrile succedeva in sulla sera durando tutta la notte, sudori il mattino. A cagione dell'intermittenza piretica taluno opinò pel chinino, ed esso venne infatto ripetuto più volte anche a buone dosi, ma invano. In vista dell'operato sin di quella pezza e del continuo progredire della malattia non rimanendo a far pruova che dell'iodio mi parve dare la preferenza all'ioduro di bario. *Quattro grani* in otto once di acqua raddolcita secondo il gusto del malato. Si andò aumentando di un grano al giorno, pervenendo sino a *dieci*, che riuscirono molesti per doglie di stomaco, nausee e scariche alvine diarroiche. Allora si sospese per qualche dì, poi vi si fè ritorno, dandone solo quattro grani in diciott' ore. Bisognò rinunciare al rimedio da che tornarono in iscena gli stessi fenomeni morbosi. Nè meglio riuscì l'ioduro di ferro. Intanto, sebbene alla coscia si praticassero costantemente le frizioni di pomata collo stesso ioduro di bario nella

proporzione di *mezza dramma* di questo con *un'oncia* di grasso, e si medicassero colla pomata medesima le altre località, il morbo progrediva rapidamente, focolai purulenti protraevansi ai lombi, lo spostamento del capo del femore si rese compiuto, estese esulcerazioni succedettero al collo: gli accessi febbrili raddoppiarono di forza, e la morte non tardò a chiudere la scena. — In questo caso l'ioduro di bario non era bene sostenuto, e non produsse nissuna favorevole influenza in sull'andamento della malattia. E lo stesso mi intervenne di osservare in una donna di anni 28, moglie di un impiegato al Tribunale civile, in preda da più di un anno all'infiammazione scrofolosa dell'articolazione ileo-femorale sinistra. Durato fin che si potè nell'ioduro di bario, e veduto come male la paziente reggesse anche alle menome dosi, vi si sostituì quello di potassio, indi il ferrico; ma tutto in vano; chè l'infelice ebbe a soccombere.

L'irritazione o la infiammazione (sia d'indole scrofolosa o no) de' vasi bianchi e de' gangli mesenterici parvemi fosse a cimentare coll'ioduro di bario. — Un bambino di tre anni d'età, figliuolo di genitori sani, di ottima costituzione, e senza indizio alcuno di scrofola, non appena toccava il diciannovesimo mese, che mostrava non so quale avversione ai consueti alimenti, onde i parenti cercavano sostituirne altri, ma senza riuscita; il ventre andava crescendo in volume, e male sopportava il toccarglielo; s'aggiunsero presto ora nausee e vomi-

turizioni di materie saburrali acide, ora tratti di diarrea, inquietudine grande, inchinamento al tenersi coricato, movimenti febbrili al cadere del giorno. In sulle prime i genitori pensarono al solito ciò dipendesse da vermi, e conseguentemente diedero santonina, aloe, ed olio di ricino. Passarono così da circa tre mesi, e l'addomine intumidì viemmaggiormente, rilevandovisi di leggiere molti nodi ghiandolosi. Non era febbre; l'appetito scarso, e notavasi dimagramento generale. E poichè il bambino ripugnava ogni medicina dai siroppi in fuora, si unirono *due grani di ioduro di bario* a quello di lamponi (once 3) da darsi in sei riprese nella giornata. Quattro giorni da poi si accrebbe l'ioduro di *un grano*, e poi *di altro* ancora, in sino a che la dose riuscì di *sei grani* ogni due giorni, nella quale si fermò, onde non suscitare disturbi di stomaco. Scorsi così quaranta dì, parve, anche in vista di non so quale ripugnanza che il bambino cominciava a dare a di vedere pel siroppo, desistere dall'uso interno del rimedio, sostituendovi l'esterno (*mezzo scropolo* in quattr'oncie di adipe, da consumarsi in tre giorni spalmandone l'addomine). Si aggiunsero i bagni generali renduti attivi col gittare nei dodici litri di acqua che vi si adoprava, *tre grani di iodio* disciolti in un' oncia di alcoole; de' quali bagni se ne fecero diciotto. L'intumidimento addominale diminuì a gran pezza, e la voglia d'alimentarsi essendo a gradi a gradi sopravvenuta, il bambino acquistò moltissimo nella nutrizione. In vista del che

si intralasciò la cura iodica, prima onde non saturarne soverchiamente l'organismo, poi perchè gli effetti di questo rimedio si scorgono perdurare anche alcun tempo dopo la sospensione sua.

Altro bambino, di anni due e mezzo, figliuolo unico di genitori giovani e sani, andava tuttavolta con tutti gli indizii di costituzione scrofolosa e coi sintomi particolari all'alterazione dei gangli mesenterici. Il primo dei quattro periodi comuni all'infiammazione scrofolosa scorse curato solo dai parenti la mercè di olio di mandorle dolci, qualche emulsione gommosa, e siroppo di cicoria e di manna. Richiesto il medico sussidio dall'istante ch'era giunto il secondo periodo, ossia quello dello inspessimento de' vasi linfatici, per cui l'addomine era voluminoso, ineguale con incavi e rialzi, e nodi grossi come nocciuole qua e là renitenti, insensibili, poco dolenti al tatto. Nissuna voglia di alimentazione, alvo ora stitico, ora diarroico, inquietudine, insonnio, dimagramento generale, movimento febbrile verso sera, qualche sudore nella notte. —Siroppo di lamponi due oncie, con *due grani di ioduro di bario*, da essere preso in quattro o cinque volte nelle ventiquattr' ore; procedendo ogni dì nell'aumento di *un grano* in sino ai *sei*. Al terzo giorno di questa dose incominciò l'alvo a farsi diarroico, accrebbe l'inquietudine, sembrando avesservi doglie intestinali. Il movimento febbrile non cresciuto. Si intralasciò il rimedio internamente, e si sostituirono le frizioni al ventre, come nel caso sopra riferito, e si ricorse al ba-

gno generale tepido semplice. Limonata vegetabile gommata per bevanda. Dopo otto giorni era calma in tutto. Si riprese l'ioduro di bario a *due grani* al dì; poi a *tre*, indi a *quattro*, e si persistè in questa prescrizione senza nissun sintomo cattivo ben venti giorni. Si fu solo di questa pezza che incominciò a farsi palese la diminuzione dell' addomine. Si pensò sospendere il rimedio per cinque giorni affine di lasciare un pò di riposo al ventricolo, poi si ripigliò a *due grani*, per non oltrepassare mai i *quattro* pel lasso di un intero mese; trascorso il quale veduto notabile miglioramento nella condizione generale del malato, e lui nojato del rimedio, fu fatto ragione desistere da esso ioduro di bario, i cui effetti benefici, come già avvertimmo, sogliono manifestarsi gradatamente anche in seguito alla cessazione dell'uso suo. Ed in fatto tre mesi da poi non rimanevano vestigia degli ingorghi ghiandolari addominali; tutte le funzioni si compievano bene, l'organismo andava normalmente svolgendosi. Scorsi ora che sono due anni e mezzo, il risanamento persiste.

Quasi di pari tempo un bambino di quattro in cinque anni, ed una bambina di tre e mezzo, amendue di costituzione evidentemente scrofolosa, con ingrossamenti ghiandolari all' addomine ed al collo, cimentata in vano la cura antiflogistica, quella coll' idroclorato di barite e co' mercuriali per opera di diversi medici, dal momento che quella infiammazione scrofolosa de' vasi bianchi e de' gangli mesentorici si vedeva toccare il terzo periodo, vennero as-

soggettati all'azione dell'ioduro di bario per alcun tratto internamente, per altro tratto al di fuori, nelle consuete dosi. Ad onta però che vi si persistesse per ben cinque mesi nell'uno, quasi sei nell'altro, e si associassero anche i bagni caldi generali tanto semplici che iodati, il male andò gradatamente proseguendo, succedettero il rammollimento e la suppurazione dei gangli indurati, indi la morte nel più triste stato di intabidimento.

Condizione morbosa, pur troppo fra noi frequente, riescono i tubercoli polmonari che conducono soventi alla tisichezza. Già sino dall'anno 1830 nelle lezioni cliniche all'Università di Pavia io esponeva l'opinione, che i tubercoli fossero il prodotto di particolare secrezione, la cui materia può indifferentemente depositarsi in ogni tessuto od organo, ed a norma della località e della forza stessa di secrezione acquistare, per soprapposizione, maggiore o minor volume. La presenza poi di tale materia operare come corpo straniero e movere nel tessuto in cui giace, procedimento infiammatorio che ne agevola il rammollimento.

In seguito a tale opinione rinfrancato dall'asserito da alcuni clinici, che l'iodio e suoi preparati sono vantaggiosi sussidii nella tisichezza polmonare, egli mi parve dovessero preferibilmente manifestare tali benefici effetti nel primo stadio della malattia in causa della principale loro qualità solvente; tuttavolta ne estesi le pruove molto più in là, e tenni dietro, ove mi fu possibile, anche all'uso che altri medici ne fecero nella tisichezza inoltrata.

Anna.... R....., nubile, di anni 21, regolarmente menstruata, di buona costituzione, bene disposta della persona, agiata, incominciò ad essere molestata da tosse a rari assalti, i quali succedevano specialmente il mattino e la sera senza dare la menoma espettorazione, per cui la giovine vi prestò poca attenzione, credendo procedesse da semplice infreddatura. Trascorsi che furono una ventina di giorni circa, sotto forte assalto di essa tosse comparvero sputi rosei, e dopo tre altri dì senza tosse tutto ad un tratto vennero emesse in un sol colpo circa due oncie di puro sangue. Si fu per tale accidente che addimandò il medico ajuto. All'esame si riscontrò: tosse a diversi tratti non molto insistente, più forte il mattino e la sera che non lungo il restante della giornata, e non si suscitava alla forzata inspirazione; espettorazione poca, di muco trasparente molto viscido con istriscie sanguigne; la respirazione piuttosto corta e faticosa in facendo le scale o sotto il movimento accelerato; dolori vaghi e puntorii, ora alle coste dell'un lato, ora a quelle dell'altro, ora in basso, ora in alto, fugaci e non molto frequenti; la percussione rendè suono appena appena cupo alla regione sottoclavicolare di amendue i lati; il rumore respiratorio s'accostava al puerile a destra, in modo però più marcato per forza e durata relativamente all'espirazione, a sinistra sentiva inoltre come del ruido; al ragguardare la regione del petto l'istante della inspirazione si scorgeva che amendue le regioni sottoclavico-

lari non si alzavano bene; la voce all'ascoltazione riusciva un pò più risonante del normale; calore cutaneo normale nella giornata, accresciuto la sera con polsi forti e a novanta battute; leggiero sudore al petto in sul fare del giorno; svogliatezza generale della persona; il flusso mensuale era stato regolarmente da otto giorni; appetito diminuito, stitichezza da un mese maggiore del solito. Tre anni innanzi le moriva un fratello per tisichezza tubercolare. Il perchè ritenni il caso per infiammazione polmonare con tubercoli crudi. Attutita conseguentemente essa infiammazione per mezzo di tre cacciate di sangue generali, delle bevande refrigeranti e dell'estratto di aconito, in capo a dodici giorni volli dar mano alla cura iodica. Internamente l'ioduro di bario a *quattro grani* il dì, esternamente l'unzione sotto le ascelle con mezza dramma per volta di pomata composta di *una dramma* d'ioduro di bario e *un'oncia* di adipe. La giovane ebbe la costanza di continuare tale cura, progredendo internamente sino a mezzo scropolo di ioduro di bario al giorno, per ben due mesi; e a tutto pareva così riparato. Un anno e mezzo godè di buona salute, allorchè dopo una lunga passeggiata in campagna, essendo d'autunno, ripigliò tosse secca e presto ricomparvero copiosi sputi di sangue, difficoltà di respiro, febbre. Fu rinnovata la stessa cura prima con cacciate di sangue generali e locali, e cogli altri soccorsi interni antiflogistici; poi co' preparati di ioduro di bario e di ferro; ma la tu-

bercolizzazione andò progredendo, e percorse tutti gli stadj, apportando in fine dopo dieci mesi la morte, nulla avendo pur giovato, come in tali casi suole sempre succedere, un cauterio al petto.

Nè gran che dissimile è la storia di una signora di anni circa quaranta, madre di famiglia, che dopo avere goduto di prospera salute, creduto avere incappato in un raffreddore, fu sorpresa da sgorghi di sangue polmonare; indi tosse secca, continua, febbre esacerbantesi la sera. In seguito a praticata cura antiflogistica essendo stato richiesto altro medico, fu dichiarato *essere tubercoli migliari alla parte superiore di amendue i polmoni*, e quindi doversi assoggettare alla cura interna ed esterna de' preparati di iodio e a due cauteri. Dopo due mesi e mezzo di cura pareva avesse miglioramento, e volle partire pella patria sua in Piemonte. Fu di quell' istante che io la vidi onde decidere se fosse in grado o no di reggere al viaggio di novanta miglia. Quattro mesi da poi moriva a Torino in seguito a grandi caverne ne' polmoni.

Il figliuolo di un ricco negoziante, di anni quindici, bene disposto di corpo, acutissimo d' intelletto, nato da genitori sani, allo scorcio dell' ottobre 1844 si trovò senza apparente causa assalito da tosse leggiera in sulle prime e secca, poi molesta ed umida. Si attenne alla prescrizione del medico di campagna che limitossi alle bevande demulcenti. Ebbe tregua una settimana, poi ripigliò e venne accompagnata da pneumonorragia piuttosto notabile, che richiese

tre salassi copiosi, l'uso di bevande diacciate, l'ergotina ed il concino. Cessato lo sputo di sangue rimase un pò di difficoltà di respiro, la quale diveniva più grande sotto il movimento accelerato della persona ed in facendo le scale; la tosse batteva qualche volta nella giornata, più marcata però la sera e il mattino, con qualche escreato mucoso; nel quale erano talvolta piccoli grumi o striscie di materia bianchiccia; sotto la clavicola destra il rimbombo del petto colla percussione era muto, un pò meno a sinistra; il rumore respiratorio un pò più forte del normale in tutta l'estensione del polmone sinistro ed anco del destro ad eccezione di un tratto sotto la clavicola pell'estensione di circa un pollice in altezza e due in larghezza, in cui il rumore dell'espansione polmonare riusciva a gran pezza minore del normale; in alcuni istanti, e massime se la tosse aveva taciuto una o due ore; in amendue i polmoni s'udiva un pò di rantolo mucoso; passando la mano in su di tutta l'estensione del petto non rilevavasi fremito di sorta anche sotto le forti inspirazioni ed espirazioni; voce leggiermente rauca; il polso lungo il dì era ad 80 battute, la sera tardo saliva a 100 circa; nissun sudore; alvo regolare. Per tutti i quali fenomeni ritenuto che vi avesse tubercoli, alcuni de' quali forse in incipiente rammollimento, fu ricorso all'ioduro di bario internamente ed esternamente, a *quattro grani* al giorno da prima, salendo a poco a poco sino a *dodici*, poi lasciando qualche giorno di riposo per riprendere ancora il rimedio da *sei* a

dodici grani. Esternamente la pomata da *una dramma* a *due* dello stesso ioduro in un'oncia di adipe da applicarsene mezza dramma sotto le ascelle. A bevanda decotto di altea o di fiori di malva od acqua e latte, od acqua con siroppo di lamponi o con semate. E in questa maniera di cura si durò dalla metà dell'aprile insino a tutto il sopravvegnente agosto, sotto la quale tutti i fenomeni morbosi andarono insensibilmente dissipandosi, e da tre anni continua a godere buona salute, sebbene ora lasciato Milano, stanzii in clima più variabile.

In questo caso si saranno essi totalmente disciolti i tubercoli, che dagli enunciati indizi pareva fossero ne' polmoni? E succeduto pure il discioglimento vi avrà sicurezza che non sia più per formarsene?

Del gennajo u. s. recavasi di Brescia a Milano sua patria, una signora di anni 27, tre volte già madre, la quale allattò costantemente la propria prole, che vispa e sana vive tutt'ora. Terminato ch'ebbe di dare il seno nella precedente state all'ultimo parto, senza causa apprezzabile venne sorpresa da ripetuta emottisi, e alcuna volta copiosa. Fu curata coi salassi e cogli antiflogistici. Allorchè in sul principio di gennajo io la visitava, riconosceva trattarsi di tubercoli in amendue i polmoni già allo stato di rammollimento, il rantolo cavernoso il più chiaro non mancava in amendue i lati. Si aggiugneva ingrossamento delle ghiandole all'ascella sinistra, che presto passò a suppurazione. Quante volte fu tentato l' ioduro di bario anche a piccolissime dosi altrettante bisognò de-

sistere a causa della forte irritazione diarroica che produceva. E questo pure avveniva ricorrendo all' acido cianidrico. Il male corse rapido, e nel giugno la infelice donna trapassava nel massimo grado di consunzione.

In cinque altri casi, tre risguardanti femmine, due maschi, tutti dell' età dai 18 ai 26 anni, ne' quali erano i più segnalati indizi di tubercolizzazione ai polmoni, l'ioduro di bario, sebbene benissimo tollerato, fallì, e la malattia corse più o meno rapidamente gli stadj di rammollimento, e di disorganizzazione del tessuto polmonare, senza che in realtà dire si possa che il rimedio abbia influito anche solo a ritardare l' esito fatale. In sette altri individui (parte da me curati, parte veduti per consulto), ne' quali i tubercoli polmonari si trovavano già in istato di rammollimento, con caverne più o meno rilevanti, sì esso ioduro di bario, che quello di ferro e potassio, o in nulla giovarono o riuscirono di danno, suscitando irritazione al ventricolo, alle intestina ed agli organi medesimi del respiro. E di vero ragionatamente e praticamente parlando non saprei veder ragione pella quale l' iodio e suoi preparati abbiano ad avere la possa di riparare veri materiali guasti e mancanze di sostanza polmonare.

Nei bambini e ragazzi di costituzione scrofolosa non è rara l' ottalmia che s' attenga a questo carattere. L' esperienza di molti anni nell'Orfanotrofio civico de' maschi, e nella pia Casa degli esposti in questa città mi convinse del nissun o poco giovamen-

to a modificare tale malattia la mercè de' purganti drastici, del calomelano, del cloruro di bario, suggerito da qualcuno, e degli altri ordinari mezzi, non esclusi i vescicanti, i cauteri ed i setoni. Ho trovato che l'ioduro di bario, e dopo lui quello di ferro, tornavano i preferibili da che nel maggior novero de' casi furono quelli che mi presentarono la migliore riuscita. La dose è secondo l'età incominciando da *un grano o due* al giorno in una emulsione o nel siroppo (1) diviso in quattro dosi aumentando sino a *sei* od *otto*, interrompendo al solito uso ogni dieci o dodici giorni col riposo di uno, tre e sin quattro. Ed ove ostinata persiste la blefarottalmia adopero anche lo stesso ioduro di bario unendone *un grano* a *due dramme* di butirro per ugnerne le palpebre come colla pomata di *Janin*, ed ove non produce bruciore diminuisco la quantità del butirro insino a che si manifesta appena esso bruciore in modo però sopportabile. Nè monta che io qui riferisca tutte le singole particolarizzate storie non sembrandomi pella semplicità della bisogna ne sia mestiero.

(Sarà continuato).

---

(1) Egli non sarà vano avvertire che li ioduri, ad eccezione del ferrico, non bisogna prescriverli mescolati ad estratti vegetabili ed alle sostanze zuccherine se non nella quantità da consumarsi nella giornata pella facilità con cui nuove combinazioni chimiche vi succedono, e si decompongono.

Cholera-morbus. - Premiers secours à donner, etc. - *Primi soccorsi da prestarsi ai cholerosi prima dell' arrivo del medico, preceduti da un' indicazione precisa dei segni della malattia, e seguiti dall' esposizione semplice e breve dei mezzi igienici e profilatici atti a prevenire la sua invasione; del dott.* Foy.—*Parigi,* 1849. *Un Vol. in*-8.°

L'Autore, ch'ebbe opportunità in due occasioni, in Polonia e in Francia, di studiare questa terribile malattia, ha pur fatto di pubblica ragione i risultati delle sue osservazioni in lavori separati.

Ora col presente opuscolo l'Autore istesso si è proposto il triplice scopo di dare de' consigli utili per prevenire l'invasione del cholera, per arrestarne il progresso, e per opporsi ai sintomi i più urgenti, e per conseguenza mettersi nelle migliori condizioni d'una guarigione più sicura e più pronta.

Poche pagine sono consacrate per l' esposizione dei sintomi; per la cura invece l' Autore si è esteso molto di più.

Fra i consigli ch' esso dà, raccomanda di rassicucare il malato mostrando sè stessi tranquilli e senza timore; vuole che si allontanino le persone troppo deboli, assai impressionabili, timide e pusillanimi. Questi è un ottimo consiglio applicabile a tutte le malattie. Si è veduto cambiare lo stato dei malati secondo le persone che li assistevano, e dal complesso dei sintomi potersi designare l' infermiere che aveva passato la notte presso l' ammalato. Sono da

temersi soprattutto quei piagnoni, caratteri deboli, che tolgono il coraggio ai malati commiserando con affettata sensibilità la loro sorte. In tempo di cholera bisogna fuggire queste persone paurose e senza energia, al pari della peste. L'esperienza ha dimostrato che gli ammalati timorosi soccombono più facilmente degli altri, a un dipresso come succede agli ammalati di febbri tifoidee, e in generale in tutte le malattie e principalmente nelle gravi.

Un altro consiglio dell'Autore si è quello di riscaldare il malato colle infusioni aromatiche, colle frizioni, e coi bagni a vapore. Relativamente a questo mezzo, egli rammenta un metodo semplice e facile che merita d'essere conosciuto, soprattutto dai medici di campagna, che sono privi spesso di questa risorsa per mancanza d'apparecchj. « Al disotto di una sedia col sedere traforato, di una sedia da giardino, per es., si colloca un vaso riempito per metà di una infusione satura di piante aromatiche. Si fa arrovventare un mattone, si pone a sedere l'ammalato, involto in una coperta di lana che parta dal collo girando all'intorno, e discenda fino a terra. Disposto così l'ammalato, e difeso perfettamente dal contatto dell'aria, si immerge il mattone arrovventato nell'infusione aromatica che si trova nel vaso. Il forte vapore che tosto si svolge, si sperde sotto la coperta, circonda il corpo, eccita la pelle e vi determina un sudore abbondante. S'intende che la camera dovrà essere riscaldata da una stufa o da un camino », p. 25.

Quanto alle altre indicazioni date dall'Autore esse costituiscono se non un sistema di cura, altrettanti consigli applicabili ad una data condizione morbosa. Così, egli prescrive che si applichino cataplasmi derivativi nei casi di tinnito delle orecchie, di vertigini; che si facciano fregagioni nel caso di raffreddamento, e di crampi; che si diano clisteri purgativi nei casi di costipazione, e così di seguito.

L'Autore non entra in alcun dettaglio sul trattamento propriamente detto, che appartiene al medico. Era però necessario di mettere in guardia gli ammalati contro le frodi dei ciarlatani, sebbene con poco o nessun frutto, dappoichè chi non ha verificato le millanta volte l'adagio » *vulgus amat decipi?* e lo si inganna pur sempre questo popolo balocco! A proposito dei specifici, l'Autore così si esprime: « Innanzi tutto bisogna essere verace, bisogna essere sincero, fa d'uopo mettere un freno all'ingorda impudenza dei vantatori e dei mercanti di preservativi, vuolsi avvertire il pubblico della vergognosa e colpevole speculazione che si pratica da taluni sulla buona fede e sulla credulità; bisogna dire finalmente a questo pubblico, e dirglielo ben alto, più e più volte, dovunque, che il sangue freddo, il coraggio, la forza d'animo, un buon regime, una vita regolare, sono i mezzi i più razionali, i più efficaci per premunirsi dal cholera » (p. 70).

———

Du cholera épidémique, etc. — *Del cholera epidemico. Lezioni comunicate alla Facoltà di medicina a Parigi dal dott.* Ambrogio Tardieu.—*Parigi,* 1849. *Un Vol. in*-8.°

Il cholera, dice *Tardieu*, è una malattia pestilenziale originaria delle Indie orientali, da dove si è estesa epidemicamente a tutti i punti del globo, caratterizzata da un flusso gastro-intestinale particolare, da una alterazione speciale del sangue, e da un disordine profondo dell'innervazione, della circolazione e dell'ematosi (pag. 1).

Questa definizione, in cui *Tardieu*, forse con soverchia concisione, ha compreso tutto ciò che egli pensava della *natura* del cholera, presenta esattamente i caratteri essenziali di questa malattia.

Come in tutte le gravi piressie, si rimarcano nel cholera due fatti principali: un'alterazione del sangue e del sistema nervoso, alterazione generale dell'economia, ed una lesione locale, avente la sua sede di elezione, tanto per il cholera quanto per la febbre tifoidea, nel canale intestinale. Questa lesione si manifesta, durante la vita, per mezzo di una secrezione siero-mucosa, del tutto caratteristica, e dopo morte colla apparizione sulla mucosa intestinale di granulazioni che vennero indicate da *Serres* sotto il nome di psorenteria, e considerate dietro le indagini recenti di *Contour* e di *Sieuruck* (p. 48) siccome appartenenti alle villosità intestinali. E nella guisa che in quelle località ove regna la febbre tifoidea,

si osserva che l'influenza di questa malattia si fa sentire, per mò di dire, soltanto per metà, in certi individui, manifestandosi in alcuni con un disordine generale più o meno marcato dell'economia, in altri per mezzo di una modificazione delle funzioni intestinali; così del pari si osserva, sotto l'influenza del cholera epidemico, mostrarsi, ora un semplice sconcerto delle funzioni dell' intestino (cholerina), ora uno stato generale dell' economia che è impossibile di non riconoscere dipendente dall' epidemia dominante, sebbene le vie digerenti non appariscano sensibilmente alterate.

Dalla alterazione speciale del sangue, caratterizzata da una notabile diminuzione della quantità di acqua in esso contenuta, dalla densità, e dalla sua consistenza, che diventa viscosa e analoga a quella della vernice (p. 49), dipende quell'apparato di sintomi sorprendente che è proprio solo del cholera. La circolazione s'arresta, come anche la calorificazione: così, la tinta violacea delle estremità, quindi di tutto il corpo per il sangue ammassato nelle vene, e il raffreddamento eccessivo generale. Donde, quell'aspetto caratteristico: cadavere vivente, secondo l'espressione di *Magendie*, cadavere per il freddo diacciato della morte, per l' arresto della circolazione, per la soppressione delle secrezioni fisiologiche o morbose, per l'alterazione della fisonomia, per l'essudamento cadaveroso della cornea, per l' increspamento delle membrane dell'occhio; il fiato gelido ch'esce a gran stento dal petto, quando la voce è fioca, è spesso

l'unico indizio della vita in quest'essere che sente e che pensa ancora, ma che esprime tutti i caratteri esterni della morte.

Ecco adunque una malattia distinta chiaramente:

Ci ha alterazione generale del sangue;

Alterazione speciale del tubo digerente;

Abbattimento profondo del sistema nervoso.

Vale a dire, si noti bene, le tre condizioni che appartengono essenzialmente a certe gravi piressie, ma con una fisonomia speciale dipendente dallo stato di asfissia prodotto dalla viscosità e dall' arresto del sangue, dalle evacuazioni speciali fornite dall' intestino, dalla qualità dell'abbattimento nervoso che rispetta soprattutto l'intelligenza, e finalmente dallo stato di incadaverimento anticipato.

Ecco tutto ciò che noi sappiamo di questa malattia; e cosa si sa di più di un' altra malattia già pur tanto studiata: la febbre tifoidea?

Altro argomento, degno di molta meditazione, si è l' origine geografica e la migrazione del cholera dall' altro capo del mondo fino a noi.

« Se volgiamo indietro lo sguardo, dice *Tardieu*, e consideriamo con un colpo d' occhio il complesso delle peregrinazioni del cholera, non possiamo a meno di rimanere attoniti allo spettacolo di questo misterioso flagello che, nello spazio di pochi anni, ha quasi compito il giro del mondo, menando strage senza tregua e senza eccezione nel suo tragitto su popoli i più diversi, e in regioni tanto dissimili. Si è veduto, in fatto, dilungandosi a varie riprese dal suo paese

originario, portarsi dapprima verso l'Oriente, fino ai confini dell'Asia, e fino alle rive dell'Oceano; poi verso il nord e l'occidente, invadendo contemporaneamente l'Africa e l'Europa, attraversare tutta la Europa settentrionale e centrale, valicare i mari, arrivare al Nuovo Mondo, per ritornare dappoi dall'America del nord per le regioni meridionali d'Europa, all'estremità orientale del Mediterraneo; riavvicinandosi così al suo punto di partenza, e sospendendo per qualche tempo il suo disastroso cammino, che doveva ricominciare dopo dieci anni, e che oggi istesso non ha ancora compito (p. 104) ».

È facile capacitarsi, dietro i documenti raccolti da *Tardieu*, che, prescindendo da alcune differenze, facili per la massima parte a spiegarsi, esiste il più perfetto rapporto tra le date di invasione, e per conseguenza nel corso delle due epidemie del 1832 e del 1848, le quali hanno afflitte le principali città di Europa nel medesimo ordine, nella stessa stagione, e talvolta persino nel medesimo giorno.

Riconosciuta l'inutilità di insistere nella ricerca della causa prossima del cholera, o per lo meno la vanità di tutti i tentativi fatti a questo scopo, si spera trovare qualche compenso nella conoscenza delle cause che possono attirare su di un paese o su un individuo il temuto flagello. Gli studj fatti sulla etiologia del cholera lo hanno condotto a un risultato per lui abbastanza certo; ed è: che nessuna delle circostanze che potrebbe avere una parte etiologica qualunque, esercita una influenza particolare sulla com-

parsa o sullo sviluppo del cholera. Tutte le condizioni morali o fisiche, patologiche o igieniche che sembrano designare certe vittime al cholera o semplicemente predisporvi, sono tutt'affatto comuni a questa malattia come a tutte le gravi malattie epidemiche fin qui conosciute. Tutta la profilassi del cholera si riduce adunque a quelle proposizioni viete, conosciute prima della scuola di Salerno, ripetute ogni giorno, e nell'egual tempo dimenticate, perciocchè si riferiscono a due cose impossibili a togliersi, la miseria e la sensualità. A quella parte della società che è disposta ad ascoltare i buoni consigli, basterà raccomandare in generale, di non cambiar metodo di vita qual che si sia, perciocchè vi hanno certe abitudini le quali si dovrebbero piuttosto abbandonare dopo l'epidemia che durante la medesima.

« Penetrati, dice *Tardieu*, di questa verità essenziale, che la vita di una buona parte degli uomini dipenderà dalla diligenza con cui si osserveranno e si combatteranno i fenomeni precursori del cholera, si avrà, senza dubbio, il più sicuro specifico per diminuire le stragi di questa crudele malattia (pagina 164) ». Questa asserzione ci sembra assai giusta, e dovrebbe considerarsi non solo dai medici ma da chiunque. Noi crediamo in fatto che, fuori di quel tempo di grave recrudescenza in cui la malattia delude tutte le previsioni, qualunque persona trovisi in condizioni discrete d'organizzazione e di salute, ed abbia conveniente cura di sè, sfuggirà quasi sempre agli assalti micidiali del cholera. In fatto, in man-

canza di miglior direzione nel trattamento del cholera, la medicina sintomatica adottata dalla maggior parte dei medici non è priva di qualche efficacia.—È noto che i risultati ottenuti dopo la pubblicazione delle lezioni di *Tardieu*, non sono brillanti: ma non v'ha dubbio che l'affliggente mortalità che si osservò recentemente nei cholerosi di Parigi, è dovuta non tanto all'intensità del flagello quanto alla scelta ch'esso ha fatto quasi esclusivamente, fin qui, d'individui incapaci, per le condizioni in cui si trovavano, di resistere agli assalti di una malattia che riclama, per eccellenza, l'impiego di tutte le forze dell'organismo per produrre la reazione, unica via di salute.

L'esposizione sufficientemente dettagliata di ciò che risguarda il trattamento metodico del cholera è seguìto, nell'opera di *Tardieu*, dalla enumerazione delle principali misure sanitarie state proposte e adottate nei varj paesi per guarentirsene. — A noi Italiani, cresciuti dove nacquero le migliori dottrine sui contagi, e dove trovansi valorosi che ne difendono i principii, non occorre rammentare quello cui bisogna dar mano per impedire la diffusione del cholera. Piuttosto che gli ammaestramenti occorre rammentare a taluni di farne coscienziosa applicazione, se non vogliono che la voce dei posteri si alzi insieme con quella dei contemporanei a marchiare il loro nome come nemici del paese, e peggio.

———

Sul trattenimento delle materie indigeste e fecali nel ceco e nell' S del colon, e sul flemmone della fossa iliaca destra; istorie ed osservazioni clinico-patologiche del dott. Odoardo Linoli, *medico di Pietrasanta. (Séguito della pag. 82 del Volume CXXIX, gennajo 1849).*

Caso XI. — Il giorno 17 aprile 1847 la signora Marianna Gamba divenne madre per la quinta volta. Nel corso delle passate gravidanze ebbe a soffrire dolori colici, come ebbe a soffrirne anche prima di maritarsi, e la causa veniva attribuita al di lei temperamento plettorico, e alla di lei naturale stitichezza nelle evacuazioni alvine: questi dolori avevano per sede la fossa iliaca destra. Durante l'ultima gravidanza ebbe a lamentarsi per ripetute coliche, e di un costante dolore in tale regione, la quale si tumefaceva ancora, e dissipavansi dietro ripetuti purganti, i quali effettuavano abbondanti scariche di materie stercoracee durissime, e scibale. Al terzo giorno del puerperio, sebbene avesse preso dell'olio di ricino e di mandorle dolci, e facesse uso di limonata inglese, ciò non ostante fu presa da violenti dolori colici che avevano sede nella fossa iliaca destra, dove, da me esplorata, sentivasi un tumore del volume d'una mela. Purganti, clisteri, sanguisughe, e cataplasmi ammollienti non furono trascurati, a tal che cedette la colica evacuando in un modo straordinario delle scibale, ma non potei vincere il flemmone insorto, poichè non potei fare generose emis-

sioni di sangue universali finchè credevo necessarie, allegandomi lo stato del puerperio, nel quale trovavasi la paziente. All'uso del cataplasma ammolliente fu sostituito il cerotto di cicuta, onde sciogliere quella durezza: ma convenne abbandonarlo, e tornare di nuovo agli ammollienti, onde por tregua al dolore locale. Adagio adagio si formò l'ascesso, il quale ascesso venne constatato dal collega *Pieri*, e dal dott. *Santini* di Seravezza. Ai primi del mese di giugno era già sul punto d'aprirlo, giacchè la marcia erasi fatta sensibile alla regione inguinale, quando dietro terribili fitte, e nojosa volontà d'orinare, evacuò di fatto mezzo orinale di marcia; e questa mista alle orine durò per molti giorni. Dietro una tale evacuazione dissipossi l'ascesso, la malata riprese forza, ma nella fossa iliaca rimaste erano varie durezze, che io non seguitai a dissipare, giacchè portossi a respirare l'aria nativa di Seravezza; e dal dott. *Santini* venne seguitata la cura col sottoporla all'uso del iodio internamente, e colla pomata di idrojodato di potassa localmente.—Dopo cinque in sei mesi tornò in Pietrasanta, e contemporaneamente alla mia chiamata furono invitati a consulto e il dott. *Santini*, e il dott. *Angiolo Pelliccia* di Lucca, uomo cognito nella scienza nostra per le pregievoli opere pubblicate. Il giorno 17 dicembre 1847 si tenne consulto, nel quale venne da me narrato quanto osservai, e feci per riordinare non solo le funzioni intestinali, quanto anco per moderare se non vincere il flemmone insorto nella fossa iliaca destra. A quanto io

diceva, la paziente soggiunse che tanto nella sua dimora in Seravezza, quanto nella di lei villa di Val di Castello, ogni dieci o quindici giorni osservava nelle orine una quantità di marcia, marcia veduta ancora dal dottor *Santini* finchè la signora Gamba ebbe luogo di trattenersi in Seravezza, e che tale marcia sono già più di due mesi che più non la osservava, e che il di lei animo non trovava pace atteso il non dissiparsi quella durezza che sentiva nella fossa iliaca destra; durezza che io ritenevo quale indurimento del mesocieco, nella quale opinione scesero e il dott. *Pelliccia*, e il dott. *Santini*. Che se non fosse stata quella durezza essa sentirebbesi bene, giacchè le funzioni ventrali si erano rese meno stitiche, e l'utero avea principiato ad eseguire il suo corso mensile. Vista la niuna efficacia del iodio, e sue preparazioni, il dott. *Pelliccia* propose l'unzione locale d'unguento mercuriale, e seguitare l'uso del bagno universale, o semicupio. Abbracciammo un tale metodo curativo, ed io ne diressi la cura, ed in fatti dietro un tale metodo, dietro l'applicazione ripetuta di sanguisughe, e alla località, ed ai vasi emorroidali, e il bagno, dissipossi l'ingorgo: ed ora che scrivo la signora Gamba gode salute, e solo avvi bisogno di ricorrere a qualche purgante, onde allontanare l'accumulamento delle materie fecali nel cieco.

Qui hanno termine le mie osservazioni sul cieco; passo ora a registrare quattro casi di *psoite* da me osservati.

Per essere vieppiù chiaro ed intelligibile conosco

che sarebbe necessario dare una breve descrizione anatomica dei muscoli psoas e dei loro usi, ma riflettendo che io inserisco le mie osservazioni negli Annali, i quali sono letti da uomini forniti di tale descrizione, così mi contento di dirne soltanto gli usi a solo oggetto di far conoscere che senza fare violenti esercizj muscolari non può accadere nè la rottura dei medesimi, nè può insorgere infiammazione da costituire la così detta *psoite*. Gli usi adunque di tali muscoli sono, pel primo di flettere la coscia sul bacino, e di farle eseguire nel tempo stesso un moto di rotazione in fuori. Può ancora flettere il bacino sulla coscia, e i lombi sul bacino. Se il tronco è pendente in dietro, lo raddirizza, e lo conduce alla sua dirittura: quando si è in piedi impedisce che si rovesci, e lo mantiene in equilibrio sulla estremità superiore del femore. Questo muscolo agisce molto nella stazione e nella progressione. Gli usi del secondo, quando esiste, sono di flettere il bacino sui lombi inclinandoli un poco da parte. Se il bacino è fisso, esso flette i lombi. Quando uno è in piedi trattiene il tronco e gli impedisce di rovesciarsi in dietro.

Caso 1.° — Il giorno 4 febbrajo 1832 Gius. Vanni, di Vitto, di temperamento plettorico, di statura atletica, dell'età d'anni 38, nello scendere da Vitto, e portando in capo un carico di carbone di circa 200 libbre, sdrucciolò, e per non cadere in un precipizio piegossi all'indietro in modo violento. Appena caduto non potè rialzarsi, essendo rimasto colla gamba sinistra semi-piegata, ed immobile, nè potè

egli eseguire alcun movimento del proprio arto senza sentire gravi dolori, per cui fu necessitato portarlo alla sua abitazione con una sedia. Dopo tre giorni vennero per me, e trovai l'arto semi-flesso, ed immobile, e dissemi che nel cadere indietro sembrògli sentire rompersi il basso-ventre. Esaminai il femore per mettere in chiaro se eravi frattura del suo collo, e prendendo colle mie mani la coscia potei alzarla, abbassarla, e fare dei movimenti di rotazione senza che il Vanni risentisse grave dolore; e la posizione che per lui era meno dolorosa, era l'incurvare il tronco verso il lato affetto. Al non riscontrare frattura, nè lussazione nè del collo, nè della testa del femore mi venne in pensiero che lacerate si fossero le fibre muscolari, o tendinee dei muscoli psoas, e tanto più mi venne in mente stando all'essersi sentito rompere il basso-ventre. Esplorai esso basso-ventre, e lo riscontrai timpanizzato, e molto dolente dalla regione lombare sinistra fino al corrispondente bacino. Avea febbre con polsi pieni: procedei ad un salasso di due libbre, e sebbene avuto avesse evacuazioni alvine nella notte, ciò non ostante prescrissi due oncie d'olio di ricino; e per bevanda, limonata catartica. Le orine erano sanguinolenti. Feci applicare venti sanguisughe alla regione lombare, e fomenta ammollienti. Raccomandai che non badassero alla lontananza della mia dimora, ma tornassero. Per non trovare cavalcatura stettero due giorni, vale a dire vennero per me il giorno 10, e trovai il Vanni con febbre intensa: svilup-

patasi era la peritonite, e di quando in quando vaneggiava. Scarse e sanguinolenti erano le orine, e ad eccezione delle mosse ventrali mercè il purgante, non aveva più avuto evacuazioni stercoracee. L'arto era sempre semi-flesso, ed immobile. Feci altro salasso di libbra e mezzo, prescrissi 30 sanguisughe da applicarsi sul basso-ventre, e poscia fomenta ammollienti. Tornato a visitarlo il giorno 11, riscontrai che non furono applicate le sanguisughe atteso che costavano venti lire toscane; la peritonite era sempre più intensa, più spesso il vaneggiamento, ed eravi incitamento al vomito, tostochè preso avesse o brodo, od acqua pura, o cibo fluido. Feci altro salasso di libbra e mezzo, e raccomandai di nuovo la applicazione di venti sanguisughe al basso-ventre, e fomenta ammollienti. Ordinai che facessero amministrare i SS. Sacramenti appena le facoltà intellettuali lo permettessero, e fu eseguito. Dal vaneggiamento si passò al delirio, quindi calma, e morte al decimo giorno di malattia. Pregai il sig. pievano del luogo a lasciarmi fare l'autossia del cadavere, e la ottenni.—Ventiquattro ore dopo il decesso aprii il cranio, e rinvenni le meningi injettate in un modo straordinario nel sistema venoso, e l'aracnoide assieme coi plessi coroidei sembravano una membrana vascolare sanguigna, atteso l'intensa injezione. Nei ventricoli cerebrali eravi versamento abbondante di siero-sanguigno. La sostanza cerebrale era un poco ammollita. Nulla di particolare riscontrai nei visceri del torace, se non che un lieve versamento sie-

roso-sanguigno. Aperto il basso-ventre, eranvi già i prodotti della peritonite, poichè il peritoneo era più o meno spalmato di fibrina consolidata, e fluida; e tolta questa, il peritoneo, particolarmente dal lato sinistro del basso-ventre sembrava una membrana vascolare sanguigna, tanto era marcata l'injezione del sistema venoso. Portai le mie indagini ai muscoli psoas, e rimasi sorpreso nel vedere che il grande psoas era rotto, e sfrangiato nella di lui parte muscolare, ed all'intorno esisteva una raccolta di marcia, onde costituire l'ascesso. — Questa istoria addimostra che se il Vanni morto non fosse mercè la violenza della peritonite, la quale infiammazione diffusa erasi al cervello, col lungo andare del tempo sarebbesi formato l'ascesso, mercè appunto la così detta psoite, qualora la vera fibra muscolare fosse atta, o no, ad infiammarsi.

Caso 2°. — Nel maggio del 1834 due giovani di Val di Castello facendo alle braccia fra loro, uno dei quali fu spinto così violentemente all'indietro dal suo avversario che questi prima di cadere fece ogni sforzo per riaversi, ma perduto affatto l'equilibrio dovette cedere, e nel cadere urtò l'occipite contro una pietra ad angolo acuto per cui riportò ferita. Caduto a terra non lamentossi punto della riportata ferita, ma bensì dell'essersi sentito rompere qualche cosa in fondo al corpo, e di non poter muovere la gamba destra; per cui nel tempo che lo trasportavano al suo domicilio, i di lui parenti mandarono per me. Visitato il detto giovine riscontrai una fe-

rita lacerata, e contusa sulla gobba dell'occipite, nè mi riescì di riscontrare alcuna frattura. Medicata che ebbi la ferita, presi in esame l'arto inferiore destro, che era in semi-flessione, ed immobile, ed al paziente eragli impossibile qualunque movimento senza risentirne dolore, mentre non mi fù possibile di riscontrare nè frattura, nè lussazione della testa del femore. Dietro il colpo ricevuto all' occipite rimasi incerto a stabilire la diagnosi di tale malore, ma riflettendo che le facoltà intellettuali erano normali, e tenendo conto del modo per cui dovette cadere a terra, e dell' aver sentito rompersi qualche cosa in fondo al corpo nel lato destro, dissi fra me, stando a quanto presentava l'arto: È egli possibile che rotto si sia il muscolo psoas? Una tale possibilità, o no, rimase con me, e intanto feci un salasso di libbra e mezzo, prescrissi un purgante oleoso, dieta, e riposo. Tornato il giorno dopo, trovai che l'ammalato aveva febbre, accusava dolore alla regione lombare che si estendeva fino all'articolazione del femore corrispondente del membro affetto; il basso-ventre particolarmente alla regione lombare era dolente e teso; dolore, e tensione che estendevasi al pube, e all'articolazione del femore corrispondente. Aveva avuto abbondanti scariche alvine, ed evacuato orina sanguinolenta. Feci altro salasso di libbra, e ordinai venti mignatte da applicarsi lungo la regione lombare al pube; poscia cataplasma ammolliente alla località. Nel terzo giorno di malattia i fenomeni descritti non erano aumentati, ma per altro l'arto era

sempre semi-flesso, ed immobile, e la posizione meno dolorosa era il piegare il tronco sulle estremità. Aveva lieve febbre. Seguitai l'uso degli ammollienti alla località e bevanda catartica. Al quarto giorno medicai la ferita dell'occipite, la quale in otto giorni perfettamente cicatrizzò. Non ostante l'uso dei cataplasmi ammollienti, e l'applicazione ripetuta delle sanguisughe l'arto era sempre semi-flesso, ed immobile: al malato era impossibile portare la coscia verso il basso-ventre, ove nol facesse colle proprie mani, o con le altrui. Una lieve febbre vespertina di giorno in giorno lo dominava, la quale dissipavasi, al venir del giorno, in sudore. Io visitava il paziente ogni due, o tre giorni, e alla persistenza dei fenomeni dell'arto e della vespertina febbre ben compresi che adagio adagio andavasi formando una raccolta marciosa. Il piede, poscia la gamba si fecero edematose, e per quante indagini ed esplorazioni instituissi, non mi riescì, se non in modo incerto, constatare l'esistenza dell'ascesso o raccolta marciosa dalla regione lombare alla fossa iliaca corrispondente al pube. Il paziente dimagrava giorno per giorno, non aveva appetito per quanto i parenti cercassero ogni delicato cibo per nutrirlo. Il 15 giugno, un suo fratello minore mangiando nella di lui stanza presciutto e ciliegie, l'ammalato ne chiese, e l'incauto fratello ne porse, ne mangiò a sazietà dell'uno e delle altre per cui nella successiva notte svegliaronsi dolori colici, diarrea, poscia infrenabile dissenteria che ribelle ai mezzi impiegati in cinque giorni lo con-

dusse al sepolcro. Fu portato il cadavere al Camposanto di Pietrasanta, e siccome erano già trenta ore da che era morto, atteso l'estiva stagione, il cadavere era in preda alla putrefazione, per cui procedei subito ad aprire il basso-ventre. Non stetti molto ad esaminare gli intestini nei quali riscontrai, aperti il colon ed alcune parti degli intestini tenui, spalmata la loro membrana di pus parte fluido, parte coperti da pseudo-membrana; ma portando le mie indagini alla regione lombare fino allo stretto inferiore del bacino, trovai una raccolta marciosa di circa tre in quattro libbre diffusa in tali regioni. Suzzai con ogni delicatezza la marcia, lavai, e rilavai con acqua tali parti, e riscontrai il psoas maggiore rotto nel di lui corpo. L'insoffribile fetore non mi permise di andare più oltre nella sezione delle altre due cavità.

Caso 3.° — Il caso attuale fu osservato nel 1840; esso non appartiene a me che per l'autossia. Questa la offrì un giovine di Capriglia che nel saltare un poggio cadde all'indietro, e dopo la caduta non fu più in grado d'alzarsi, rimanendo colla gamba destra semi-flessa ed immobile, e furono costretti trasportarlo a casa sedendo su una sedia. Fu chiamato il dottor *C. S.*, in allora medico in Pietrasanta, il quale credette che un tale fenomeno dipendesse dalla lesione della midolla spinale, e prodigò farmaci atti a vincere una tale paralisi dell'arto. A nulla valsero: e dopo due mesi circa di cura, dissegli che a stagione propizia era necessario che il detto giova-

ne fosse condotto ai bagni di San Giuliano di Pisa, onde vedere se quelle benefiche acque termali utili fossero al medesimo. Intanto una lente febbre dominava il disgraziato, ed un marasmo il più marcato, dopo tre mesi di permanenza in letto lo condusse al sepolcro. Io era a Capriglia il giorno avanti che il detto giovane dovette soccombere. Il viddi moribondo, e raccontatomi dal padre l'accaduto, volli esaminare l'addome, e al lato sinistro sentii marcata una raccolta fluida, la quale produceva tumore molle, fluttuante all'inguine corrispondente che stendevasi anche al disotto dell'inguine stesso. L'avrei aperto, ma l'infelice era in braccio a morte, per cui chiesi l'autossia, e mi fu concessa. Notai ancora che l'arto era sempre semi-flesso, e tutto edematoso. Ne feci inteso il di lui medico curante che già da più di un mese l'avea abbandonato.—Portato il cadavere al Camposanto di Pietrasanta, prima di sezionarlo il dott. *C. S.* raccontommi l'accaduto e la cura tentata onde vincere la paralisi dell'arto causata dalla lesione dello midollo spinale mercè la caduta. Affacciai un mio dubbio, consistente che rotti si fossero i muscoli psoas, e da tale lesione ne fosse insorta la così detta psoite, quindi una raccolta marciosa o fluida, come riscontravasi anche prima d'aprire il cadavere. Aperto il basso-ventre, riscontrammo una immensa raccolta siero-marciosa, che da me raccolta colla spugna era da otto in dieci libbre. Suzzata questa, avemmo luogo d'osservare che questa occupava la regione lombare fino al pube del lato

sinistro. Eranvi estese pseudo-membrane, e tolte queste mi riescì di mettere allo scoperto i muscoli psoas che si rinvennero rotti, ed appena ne esisteva la traccia: pure, sebbene rotti nel loro corpo muscolare, pure si rinvennero le loro porzioni, talchè il dottor *C. S.* corresse la di lui diagnosi e confessò d'essersi ingannato.—Raro esempio è questo che un medico, particolarmente giovine, confessi l'errore. Lode, e lode io tributo al dottor *C. S.*; e sarebbe utile e vantaggioso per la scienza se noi tutti confessassimo i nostri sbagli.

Caso 4.° — Giovanni Bottari, di Val di Castello, dell'età di 24 anni, di temperamento sano, robusto, il giorno 20 settembre 1844 dopo aver dato fuoco ad una mina si allontanava dalla medesima camminando all'indietro, per cui inciampò, e fece ogni sforzo per non cadere, ma alla fine dovette cedere e cadere. Caduto che fu, non gli fu possibile d'alzarsi, essendogli rimasta la gamba destra semiflessa ed immobile, per cui fu costretto chiamare soccorso, e venne trasportato al suo domicilio. Vennero tosto per me, ed esaminando il membro non mi riescì riscontrare frattura, nè lussazione del femore, nè della di lui testa. Nel momento feci un salasso di libbra, prescrissi un purgante oleoso, e feci applicare delle posche fredde alla regione lombare e all'articolazione del femore. Dopo due giorni sviluppossi febbre, motivo che indusse i parenti a tornare da me. L'arto era sempre semi-flesso ed immobile e dolente nei movimenti che io faceva. Feci al-

tro salasso, e alle posche fredde sostituii le fomenta ammollienti. Dopo altri quattro giorni tornai dal Bottari, e l'arto era sempre nelle medesime condizioni. Feci applicare 15 sanguisughe alla regione lombare, e seguitare le fomenta ammollienti, e bevanda catartica. Passarono altri sei giorni che io non ebbi luogo di vederlo, giacchè erasi dileguata la febbre. Riscontrai l'arto nelle medesime condizioni, giacchè eragli impossibile portar la coscia verso il basso-ventre senza sentire dolore, e questo veniva eseguito o colle proprie mani o d'altri. Feci applicare al pube altre dodici sanguisughe e seguitare l'uso degli ammollienti. Stette in questo stato per lo spazio di circa due mesi, tenendo sempre curvo il tronco sulla coscia, e quindi adagio, adagio dopo tre mesi principiò ad abbandonare il letto, e reggendosi con un bastone a camminare; e così andando sempre di bene in meglio è rimasto col tronco un poco incurvato in avanti.—Alcuno mi dirà, credete voi che il muscolo psoas siasi rotto in questo individuo, e poscia siasi riunito? Stando ai fenomeni riscontrati avrei qualche certezza d'ammettere la di lui rottura, quindi cicatrizzazione: ma in una malattia di tal fatta, ove nè il tatto, nè l'occhio, nè l'orecchio ne possono essere giudici, ne lascio l'asserzione al lettore, contento io d'averne registrata l'istoria, ed avere ottenuta la guarigione dell'individuo. —

Nel corso di 21 anni di pratico esercizio solamente sei casi mi sono offerti di vero ascesso lom-

bare, e siccome di questi sei casi cinque sono morti in conseguenza del medesimo, così riporterò solo l'istoria dell'ultimo caso, nel quale ottenni guarigione dell'ascesso: ma per altro dopo 4 anni dovette soccombere per tise tubercolare, ed eccola.

Ai primi del mese di maggio 1844 fui chiamato a visitare Luigi Convalli di Pietrasanta, dell'età di anni 14, di temperamento adeno-linfatico, fratello di due sorelle morte per tise tubercolare, il quale già da alcun mese si andava dimagrando, ed era dominato da febbre vespertina: ciò che più di tutto lo molestava era il non potere giacere supino atteso l'essersi manifestato un tumore nella regione lombare destra. Se non era l'incomodo nel giacere, il Convalli non sarebbesi accorto della comparsa di tale tumore, poichè non mai aveva sofferto incomodi nell'evacuare le materie fecali, mai nell'orinare, e solo mesi or sono sentita una difficoltà nel camminare, ed una specie d'inquietudine alla regione lombare. Esaminato il tumore che era esteso, ed occupava tutta la regione lombare, sensibile era la raccolta marciosa; e fattovi sopra la pressione, essa diminuiva quasi che strada si facesse nell'interno del basso-ventre, e tolta la pressione tornava al volume di prima. Dissi ai genitori che bisognava dare esito alla marcia, e per contentare il paziente prescelsi il caustico. Il caustico produsse il desiderato effetto, e sgorgò in un modo straordinario della marcia, la quale dal cavo addominale facevasi strada all'esterno. Seguitò per circa un mese a fluire più

o meno marcia, quindi adagio adagio in meno di tre mesi ottenne guarigione: ma la di lui salute era scarsa, e in uno stato di languore. Le assidue cure igieniche tornarono di vantaggio: ei sembrava rimettersi in salute. Passò tre anni e mezzo che sembrava arridere giorni migliori, ma messosi in letto, tormentato da febbre lenta e vespertina, con tosse secca, dimagrando a vista d'occhio, finalmente con tutti i sintomi di tise tubercolare, dopo sei mesi di decubito, alla fine del maggio 1848 dovette soccombere. — Questo è uno di quegli ascessi lombari che erasi sviluppato insidiosamente, senza gravi dolori, e senza gli altri sintomi che accompagnano una intensa e veemente infiammazione, ma invece lenta, cupa, insidiosa infiammazione. Come negli altri cinque casi da me osservati, ed in tre de' quali feci l'autossia cadaverica, e riscontrai vasto ascesso con fiocchi di fibrina consolidata e fluida; suzzato il pus ho riscontrato necrosi delle vertebre lombari, quantunque io abbia aperto l'ascesso o col ferro o col caustico, oppure con l'applicazione dei vescicanti, come mezzo revellente così detto.

Dalle sovra esposte istorie, io deduco

Che per stabilire il più possibile un' esatta diagnosi, e quindi il conveniente metodo curativo, avvi bisogno d'un mezzo, valevole ad approssimarsi al vero o ad allontanarci almeno dagli errori, dal quale possiamo ritrarre grandissimi vantaggi per essere spesso lo scopritore di quella via che conduce all'inganno, utile del pari, che lo scoprire quello che

conduce direttamente alla verità. Questo mezzo si è quello d'acquistare conoscenza negativa di qualche subbjetto, qualora non possiamo pervenire ad ottenere una positiva cognizione del medesimo: sapere cioè quello che non è, non potendo determinare quello che è realmente. Ognuno intende che un tale mezzo ci allontana dagli errori, e ci conduce in un modo indiretto alla verità. I medici veramente amanti della scienza, e desiderosi d'essere utili alla languente umanità hanno introdotto un tale mezzo, detto di eliminazione, al letto degli ammalati, onde stabilire la diagnosi delle malattie proteiformi ed oscure; e non è a dirsi quanta e reale utilità esso abbia recato alla clinica medico-chirurgica, e quanto veniva inculcato dal mio venerato maestro cav. prof. archiatro *Angiolo Nespoli.*

Che un tale metodo d'eliminazione utilissimo in principio di malattia è sempre utile in tutto il di lei andamento: ed anco quando la malattia è inoltrata, vale a dire anche quando l'infiammazione si è diffusa da mentire peritonite, enterite, nefrite, psoite, ed abbia anco prodotto il pus da costituire ascesso, pure il medico avveduto ripigliando l'anello della catena dei proteiformi fenomeni o sintomi, dopo averne indagata la causa, giungerà a stento, è vero, ma pure giungerà ad escludere od afferrare quelli che sono propri più dell'una che dell'altra malattia addominale, e così a stabilirne la diagnosi.

Che dietro accurate indagini anatomico-patologiche risulta che il cieco è innormalmente dilatato o ristretto, come pure la S del colon.

Che la cattiva ed imperfetta masticazione e l'abituale stitichezza del corpo, congiunta a qualche pressione meccanica, come durante la gravidanza, predispone alla malattia in discorso; come pure quanto più a lungo stagnano nel cieco gli avanzi della digestione del tenue, tanto maggiore è l'assorbimento delle parti fluide, e della bile, ed è più facile il concrescere delle parti escrementizie, terree ed estranee, e tanto più è maggiore ancora l'opportunità al soffermamento nel cieco e all'ampliazione del medesimo, atteso la continua azione meccanica che esercitano sulle pareti del medesimo. E da questa continuata azione meccanica accade, che si introducano calcoli fecali, biliari, o corpi estranei nel lume dell'appendice-vermiforme, la quale si dilata, si squarcia, si esulcera, rompendosi l'appendice medesima. Come pure per l'innormale formazione del colon e sua S, o per malattia sofferta esso si restringe, e si restringe in modo da soffermare e rendere difficoltoso il passaggio delle materie fecali; per cui la causa sta in istretto rapporto alle funzioni del ceco e del colon, de'quali uno è destinato ad accogliere e ad intrattenere i grossolani residui della digestione, e il colon a cacciare nell'intestino retto le materie fecali che devono essere evacuate. È d'altronde vero che le materie fecali indurite, e corpi estranei possono a lungo trattenersi nel ceco senza produrre inconvenienti, come pure possonsi trattenere a lungo corpi estranei nell'appendice senza produrre alcun effetto morboso, come ho potuto

riscontrare in altre autopsie di individui i quali erano morti per altra malattia. Abbiamo poi tutta la probabilità di credere che durante il trattenimento delle materie fecali, abbia luogo un trasudamento dalle pareti del ceco di principj liquidi eterogenei, i quali principj danno luogo alla locale irritazione dei tessuti cellulari circonvicini, e dallo stato d'irritazione, non essendo rimosse subito le materie fecali, il flemmone. Il quale finchè è circoscritto dà luogo alla peritonite circoscritta, e da questa alla diffusa, associandosi ben anco l'enterite, la quale se non estingue l'individuo, o non viene combattuta, o combattuto il flemmone lentamente, e che le condizioni fisiche dell'ammalato non permettono di spingere il metodo antiflogistico fin dove esigerebbe l'entità della malattia; allora il flemmone produce il pus, e lo produce in tanta quantità da costituire l'ascesso della fossa iliaca destra: il quale ascesso, chi tiene dietro e alla causa e all'andamento della malattia, sarà sempre in grado di differenziare dall'ascesso prodotto dalla psoite e dall'ascesso lombare.

Che l'ascesso o raccolta di marcia che sentesi ed osservasi nella fossa iliaca destra, come in qualunquesiasi altra parte del nostro corpo non formasi già colla distruzione della fibra viva, ma bensì per lo stravenamento della fibrina, e siero del sangue, che per leggi chimiche a noi ignote, che sono proprie dell'infiammazione, convertonsi in pus o marcia. Ed infatti è osservazione de' migliori patologi, per tacere della mia, che nel principio della così

detta suppurazione, il pus è sparso nelle cellule della parte infiammata. Esso ha molta consistenza, ed è talmente attaccato alle lamine di questo tessuto, che conviene scalzarlo con una lamina o spatola per levarlo, oppure suzzarlo con spugna. Si vede questa disposizione nei cadaveri delle persone che muojono con degli ascessi, prima che la marcia in maggior quantità siasi riunita in un punto. Ma a misura che la quantità del pus aumenta per i progressi dello stravenamento del siero e della fibrina del sangue, esso acquista una maggiore o minore consistenza o liquidità, distende le cellule che lo contengono, passa dall' una all'altra, sia perchè egli per azione meccanica rompe le loro pareti, sia perchè esse comunicano tutte fra loro; e si riunisce finalmente al centro dello ingorgo infiammatorio in un sul punto formato dall' allontanamento e compressione delle parti circonvicine. Così il pus solleva la pelle da una parte, comprime i muscoli dall' altra e gli avvicina all' asse del membro, ossivvero discosta i fascetti muscolari, e finalmente solleva ed appiana i muscoli e gli altri tessuti, secondo che la raccolta del pus o ascesso è situata o sotto pelle o al disotto dei muscoli, e nei loro interstizi, o a contatto dei visceri contenuti in una delle tre cavità, nelle quali avvi luogo di poter maggiormente farsi campo comprimendo i visceri medesimi. La cavità che mercè la materia purulenta si forma, e poscia si vuota, non è dunque dovuta ad una perdita di sostanza, ma dal discostamento e dalla distensione delle parti. Ciò

che lo prova si è che dopo l'apertura d'un tumore si vedono le parti, per l'avanti discoste e distese, avvicinarsi. Il punto centrale purulento, molto vasto in principio, diminuisce considerabilmente, si abbassa, e sparisce in pochissimo tempo. Così il pus che formasi nella fossa iliaca destra o sinistra, non formasi già colla distruzione e dell'intestino, e della vescica orinaria, e dell'utero e degli altri tessuti molli, ma bensì per puro stravenamento della fibrina e del siero del sangue. La ragione per cui il pus si fa strada con più facilità o per mezzo dell'intestino, o della vescica orinaria, e qualche volta anche dall'utero, attribuire devesi a che il pus per la sua gravità agisce meccanicamente su tali pareti, e queste cedendo alla di lui azione meccanica si assottigliano, si lacerano, si squarciano, e quindi ha luogo la sortita del pus all'esterno. Mentre per volersi fare la strada allo esterno dalle pareti del bassoventre, oltre a dover salire contro il proprio peso, e quindi non poter spiegare valida e costante azione meccanica, il pus trova le pareti molto più resistenti che non sono gli intestini e la vescica, e salendo dalla fossa iliaca trova da diffondersi nella cavità addominale: a meno che il pus non sia raccolto entro una ciste. Quando esso pus è in quantità grande, fassi strada per la parte più declive del ventre, quali sono gli inguini, e trovando il canale inguinale che con facilità cede alla forza impellente della marcia medesima, vedesi comparire un tumore all'inguine che talvolta stendesi fino alla metà della coscia. Sortito

il pus o per mezzo dello intestino, o della vescica, o dell' utero, o per mezzo dell' arte, rimangono talvolta degli indurimenti locali, che solo col tempo unito ad un conveniente metodo terapeutico si giunge a dissipare. Quando la sortita della marcia succede allorchè le forze dell'ammalato sono esauste, ed egli è signoreggiato da lenta febbre, e a questa tiene dietro un lento stillicidio marcioso, allora la morte tronca il filo dei giorni del paziente ridotto all'estremo marasmo. Non così succede allorchè il pus o per azione sua propria, o per mezzo dell'arte si fa strada allo esterno, essendo sempre in vigore l'ammalato: allora esso torna in salute non solo, ma a chiare note palesa che nel di lui organismo non andò perduta alcuna parte di quegli organi che erano affetti, e che l' infiammazione, rettamente e propriamente parlando, non distrugge i solidi organici per convertirli in materia purulenta.

Che è sommamente difficile lo stabilire la diagnosi d'incarceramento d'un corpo straniero nell'appendice del ceco, e solo prego i clinici a tener conto di quanto offrono gli ammalati e le risultanze cadaveriche, onde un giorno potere il clinico diagnosticare anche questa malattia, vivente l'individuo, mentre io per ora al quadro degli altri sintomi non posso aggiungere altro che un forte lacerante dolore ad intervalli in fondo alla fossa iliaca destra a contatto della vescica e della spessa volontà d'orinare, e della coartazione fino al canale inguinale del testicolo corrispondente.

Che male a proposito alcuni patologi hanno chia-

mato infiammazione ulcerativa quella dell' appendice vermiforme del ceco, poichè non è l' infiammazione che produce l' ulceramento, ma bensì il corpo estraneo che agisce meccanicamente entro il lume dell'appendice medesima da dilatarla, squarciarla, esulcerarla, se così vuolsi, ancora, non che risvegliare l' infiammazione medesima; ma l'infiammazione non produrrà l' ulceramento, giacchè essa non ha, rettamente osservando, un tale potere, giacchè un tale potere è solo riserbato ad agenti meccanici, caustici, o chimici-animali.

Che la così detta psoite sviluppasi sempre, e poi sempre mercè alcuni violenti sforzi muscolari tanto per osservazione mia propria, quanto per quella di altri patologi. Quali violenti sforzi rompono, squarciano i fascetti muscolari dei psoas, e più di tutto del maggiore, e se non giungono a rompere i fascetti succede per altro distrazione dei loro ligamenti, e tendini nei loro attacchi. Dietro ciò ne insorge infiammazione la quale produce il pus in abbondanza tale da costituire anche l' ascesso. In quei casi poi, nei quali succede la cicatrizzazione dei muscoli recisi, non è già che essa si forma rigenerando la sostanza muscolare. No, ciò non succede come è stato da me provato alla Riunione scientifica di Lucca (1); come m' è consolante il riportare che il dottore *Lebert* osservò che « i bottoncini carnei delle

(1) Atti della quinta riunione degli Scienziati italiani tenuta in Lucca nel settembre 1843. *Linoli* « Se l' infiammazione ab-

piaghe si compongono di una rete vascolare, e di una sostanza con fibre, corpi fusiformi e globuli di pus già alterati. Nella riunione dei muscoli recisi notò che essa è tutta cellulosa, senza che v'abbia riproduzione muscolare (1). Mi è consolante riportare che *Bufalini* stesso spinto dalla prepotente forza della verità, sebbene non alludendo alle mie Memorie, ha dovuto registrare ». Tutta volta le parti che riuniscono le fibre muscolari, non riprendono la vera struttura del tessuto muscolare del quale perciò non segue una vera rigenerazione (2). Ed ecco che tanto dal medico di Lavey, quanto dal clinico di Firenze sanzionata la tesi da me sostenuta alle Riunioni scientifiche di Pisa, Torino e Lucca, vale a dire che l'infiammazione non genera alcuna cosa organica, come ne aveva già proclamata la sentenza il sommo nostro *Rasori*.

Che la diagnosi degli ascessi lombari non è facile da farsi in principio, poichè qualche volta riconoscono una causa traumatica, ma per lo più un temperamento adeno-linfatico ed altri vizi costituzionali che portano alla tacita, clandestina formazione dell'ascesso lombare, per cui tante volte appoggiati al-

---

bia facoltà di rigenerare, o distruggere la fibra vivente ». Memorie tre. Lucca 1844.

(1) *Lebert* « Fisiologia patologica, o ricerche cliniche, sperimentali e microscopiche sull'infiammazione. » Parigi 1845. « Annali Universali » fascicolo di giugno 1847.

(2) *Bufalini Maurizio*. Opere, vol. II.° Firenze, al Gabinetto di *G. P. Vieusseux*. 1846.

l' ultimo resultato è stato confuso l' ascesso lombare, coll' ascesso figlio della psoite, per cui ritiensi ignota la causa di molti casi di psoite, osservati senza causa manifesta, mentre questi erano figli della cronica infiammazione dei tessuti lombari, che oltre alla detta infiammazione che produce abbondante pus avvi ancora un qualche vizio costituzionale per cui osservasi la necrosi delle vertebre lombari.

A prevenire adunque il flemmone della fossa iliaca destra, o a combatterlo sviluppato che sia, ed a correggere i prodotti dell' infiammazione, avvi bisogno che l' ammalato il quale va soggetto a stitichezza di corpo, ed a spesse coliche, tenga un regime costante di vitto; che questo sia sano, e facile a digerirsi: astenersi dagli erbaggi molto filamentosi, e che non abbiano delle pellicole dure, e facendo uso di frutta, queste sieno mature, che non contenghino semi, noccioli, oppure aver l'avvertenza di non ingojarle. Procurare di fare delle passeggiate senza stancarsi, e che dieno luogo alla traspirazione. Fare uso di purganti ogni tanto tempo, e fra questi prescegliere gli oleosi, ed ho trovato di sommo vantaggio l' olio buono d' oliva, pigliandone mezzo bicchiere due o tre volte la settimana anche quando l' individuo gode salute. A purganti drastici ricorrervi solamente quando avvi necessità, poichè dall' uso di questi fatto intempestivamente ho riscontrato che l' individuo non evacua, se non che a dose generosa, e ripetuta, atteso la giornaliera abitudine che esso ne faceva, anche quando non eravi bisogno. Ricorrere ai cli-

steri ammollienti, ai bagni d'acqua dolce, e quando la stagione è propizia portarsi al bagni di Montecatini, di Pisa, o altrove, e se no, sperimentare i bagni marziali artificiali.

Quando poi l'ammalato viene sorpreso da dolori colici, e questi non cedono anche dietro l'evacuazione delle materie fecali, e sviluppasi febbre, bisogna subito procedere al salasso generale, e locale colle sanguisughe, bagno universale, clisteri ammollienti, bevande catartiche. Accade che la malattia non cede a questi primi mezzi dell'arte, ed anzi sviluppasi la peritonite circoscritta, ed allora cresce il bisogno di ripetere il salasso generale, e locale, il bagno, il cataplasma ammolliente sulla parte, i clisteri, e così seguitando finchè la violenza del flemmone, e della peritonite, che di circoscritta tende a diffondersi, e finchè lo stato fisico dell'ammalato permette di spingere un tale metodo di cura, finchè non sia vinta l'infiammazione. Ciò che ho osservato si è che quando trattasi veramente del flemmone della fossa iliaca, ancorchè associasi la peritonite o circoscritta, o diffusa, purchè non siasi lasciato in balìa di sè stesso, l'individuo non muore nel primo impeto del male, come non muore subito anche combattuto con scarso, e quasi inconcludente metodo curativo, ma il flemmone allora produce il pus, prodotto che non tronca lo stame del paziente, se non che lentamente, cosa che non accade se un corpo estraneo penetra, ed esulcera l'appendice vermiforme del ceco, poichè allora in breve tempo tronca lo

stame del paziente; ma pure se avvi mezzo di salvarlo ad altro non bisogna ricorrere che alle sottrazioni sanguigne, ai purganti oleosi, ai bagni, clisteri, poichè vinta l' infiammazione può darsi che il corpo estraneo rimanga innocuo a contatto degli intestini, del peritoneo non che entro il lume dell' appendice medesima, come tanti altri corpi estranei rimangono a contatto della sostanza cerebrale, del cuore, del polmone, e del fegato, e in altri tessuti del nostro corpo. È dunque della massima importanza il frenare il flemmone non che la peritonite sia pure causato, e mantenuta dalla caduta del corpo estraneo dall' appendice medesima nel cavo addominale, poichè se il metodo antiflogistico è inabile a salvare da certa morte l' individuo, non saprei quale fiducia si possa riporre nell' oppio. Io invito i medici tutti, purchè sieno di buona fede, mi si perdoni se scrivo con tutta libertà, io invito i medici tutti a riportare una sola istoria di flemmone di peritonite circoscritta, o diffusa, curata con dosi generose d' oppio, la quale sia riescita a guarigione. Pur troppo i medici sintomatici affibbiano agli ammalati ora un medicamento, ora l' altro colla veduta di combattere, ora l' uno, ed ora l' altro sintoma, e sperano, e credono che calmato il sintoma d' aver vinta la malattia. Siccome nella malattia in discorso è indescrivibile la proteiforme catena dei sintomi nervosi, così credono d' ottundere questi coll' oppio, lasciando intanto che l' infiammazione pigli piede, e se non estingue di botto l' individuo, lo costringe in seguito a bevere

adagio adagio l' amaro calice della morte. Conosco omai che deggio essere sempre a confronto con de' colleghi che non vogliono esercitare la medicina sperimentale. Nei primi anni del mio esercizio medico in Pietrasanta dovetti combattere contro l' incendiario metodo Browniano che era sempre in voga, ora sto a fronte ai missionisti, e specifisti, ma poveretti sappiano una volta per sempre che lo specifismo è teorica assolutamente anti-italiana, nè può allignare in Italia, e tanto più non vi allignerà avendovi mescolato anche il chimismo, giacchè anche esso non è conforme all' indole nostra, e perciò si affatichino pure a sparpagliare, a decomporre col prisma di quell' analisi che dopo lunga fatica non avranno altro compenso che il frutto dell' *ignoto*, che cadrà anche questo, poichè non ha forza nativa, essendo copia d' anticaglia senza convinzione un ammasso di un' inutile e strabocchevole erudizione, figlia d'opinioni confutate, di fatti esclusi, di sperienze contorte nei resultati loro.

Medico-Chirurgical Transactions, etc. — *Transazioni medico-chirurgiche pubblicate dalla R. Società medico-chirurgica di Londra. Vol. XXXI. Londra, 1847. — Un Volume di pag. 522 in-8°, con tavole litogr. (Continuazione dell'Estratto interrotto a pag. 122 del presente Volume, e Fine).*

Caso di estesissimo cancro gelatiniforme del peritoneo, che involgeva le ghiandole linfatiche dell'addome e le ovaje simulando ascite; del dott. Edward Ballard.

Questo caso è rimarchevole per la rarità e l'estensione

dell'alterazione morbosa, che involgeva organi che molti esimii patologi hanno negato poter essere sede della malattia in questione. Così, nè il dott. *Walshe*, nè *Cruveilhier* ammettono il cancro colloide del fegato; e il primo non ne incontrò mai nelle ovaje, e ritiene non sia desso suscettibile di « assumere tali variazioni di ordinamento interno, da richiedere, sotto questo riguardo, che si stabiliscano varietà ». Ora l'estensione, il carattere e la localizzazione della malattia nel caso del dott. *Ballard* oppugnano a queste opinioni, come si vedrà dal breve ragguaglio della sua Memoria che siamo per dare.

La paziente aveva 55 anni allorchè si presentò in cura dell'Autore alla « St. Pancras Infirmary » nel gennajo 1848. Dieci anni prima essa aveva sofferto per irregolare e profusa menstruazione, la quale le venne poi a cessare del tutto a 51 anni. In quell'epoca un medico le disse che aveva un tumore connesso col fegato. Nel 1846 le accadde un accidente, il quale produsse prolasso dell'utero, e subito dopo osservò che le si gonfiava il ventre inferiore. Nell'ottobre 1847 incominciò a vomitare i cibi, e fu curata per qualche tempo nel « King's College Hospital », ma senza alcun giovamento, avendo sempre peggiorato in salute e dimagrato maggiormente. Allorchè fu per la prima volta esaminata dall' A., questi le trovò l'addome generalmente ingrossato e arrotondato, « l'epigastrio molto pieno, e l' ombellico rimarchevole, non essendo prominente, ma dilatato ed appianato ». Si sentivano nella parete addominale diversi piccoli tumori, ed uno di carattere lobulare e di più ampie dimensioni superiormente al pube. Eravi in ogni parte dell'addome perfetta fluttuazione. Le conclusioni del dottor *Ballard* furono queste: — che eravi ascite, e che il fegato e la parete addominale erano sede di una malattia cancerosa; che v'era tumore fibroso nell'utero, e malattia ovarica cistica.

Desiderando la paziente di essere operata colla paracentesi, ed essendosi ciò approvato dall'Autore e da'suoi colleghi, venne introdotto un trocarre immediatamente sotto all'ombellico; ma null'altro uscì dal cannello fuorchè un cucchialino di materia gelatinosa limpida; e lo stesso risultato si ebbe ripetendo l'operazione due pollici più insù. Nel secondo giorno dopo di questo, essa morì.

Aperto l'addome, furon tratte dalla cavità peritoneale sei boccali di una materia gelatinosa molto tenace; e nel volgere da parte la parete addominale, si trovò la membrana peritoneale infiltrata con colloide, « in forma di noduli e di piccole masse, intersecate con piccole bendette fibro-cellulari, formanti loculi ». Da infiltrazione simile era affetto pure l'involucro peritoneale di parte del fegato e del diaframma, della milza, e della grande curvatura dello stomaco. L'omento e le glandole mesenteriche erano parimenti sede di una corrispondente degenerazione; e nel lato destro dell'addome eravi un tumore della stessa sostanza; mentre un altro si estendeva dalla fossa iliaca al margine delle coste del lato opposto. Quest'ultimo sacco consisteva di tessuto fibroso densissimo, diviso in piccoli sacculi, più o meno vascolare in tutte le parti; e capace di contenere non meno di tre pinte di materia; eranvi in esso diverse aperture comunicanti colla cavità del peritoneo. Sulla superficie peritoneale erano sparse prominenze tubercolari di colloide della grossezza fra un seme di canape ad una mezza noce; ed alcune parti dell'intestino tenue era agglomerata insieme da linfa, ma non di recente produzione. In una parte del cieco la massa colloide era penetrata per entro la membrana muscolare dell'intestino » e la si poteva discernere attraverso al sottile strato di membrana mucosa che la copriva internamente ». Il pancreas era immune da malattia. L'utero presentava alcune pro-

minenze fibrose nel fondo; e il luogo delle ovaje era occupato da alcuni sacchi fibrosi. Nell'esame col microscopio, si scoprirono tutte le celle caratteristiche del cancro — semplici, composte, caudate.

Noi crediamo coll'Autore che non vi sia caso ricordato, paralello a questo in punto a estensione. Egli, a differenza del già citato dottor *Walshe*, ritiene che si distinguano nel caso presente tre forme della specie colloide di cancro, cioè « la loculare, la cistica, e la forma libera o sia non inclusa ». Rispetto al singolare deposito di tanta quantità di questa materia colloide nel sacco peritoneale, l'Autore non crede ch'essa fosse derivata da rottura di cisti ovariche, sebbene non appaja ben chiaro se egli la consideri come mero prodotto della parte ammalata della parete addominale, o della superficie addominale intera. Finalmente egli fa una osservazione pratica, la quale è questa: — che la fluttuazione della materia gelatinosa non può distinguersi da quella del liquido ascitico.

Casi di frattura non riunita, trattati felicemente; del dott. William Bousfield Page.

Questi casi costituiscono una serie istruttiva, da cui vengono illustrate molte delle cause di non riunione di ossi fratturati; ed alcuni dei metodi approvati per promuovere uno sforzo più energico per parte della natura che possa ripristinare la continuità così bruscamente troncata.

Il primo caso è di un giovine, il quale quattro mesi circa prima della sua ammissione nella « Cumberland Infirmary », aveva sofferto diverse fratture ed altre lesioni, delle quali tutte guarì, ad eccezione della frattura d'entrambi gli ossi dell'avambraccio sinistro che era stato rotto ad un terzo dal carpo; e che per quanto pare dalla sua relazione era stato trasandata, a cagione

della maggiore attenzione reclamata in quel momento da lesioni più urgenti e gravi. Il braccio era molto assottigliato ed affatto impotente per il grande accavallamento e mobilità al luogo della frattura; esso era accorciato di un pollice e mezzo. Essendosi per quattro mesi aspettato di vedere quale influenza potesser avere una dieta generosa, gli stimolanti locali, ed un perfetto riposo; nè risultandone alcuni principii di riunione, l'Autore recise le estremità di ciascun osso colla sega di *Hey*, e la tanaglia tagliente. Pare che ad alcuni passi dell' operazione si presentassero delle difficoltà, le quali vennero maestrevolmente superate, ed il braccio fu poscia immobilmente assicurato in una assicella angolare, in positura intermedia fra la provazione e la supinazione. Più tardi, quando le ferite furono rimarginate, si sostituirono fasciatura di desterina, ed in tre mesi il paziente lasciò l'ospedale colla riunione completa. Alcuni mesi dopo si presentò e dichiarò che il braccio offeso era ormai tanto forte come l'altro.

Il secondo caso era parimenti una lesione complicata in un giovinetto di 16 anni, avendo fratturate anche le coscie ed una gamba. I femori si erano però riuniti, ma non la tibia e la fibula che non erano state mantenute in tutto il necessario riposo. Si ingiunse quindi primieramente un perfetto riposo per due mesi, ma fu invano; la frattura era ancora così allentata al termine di questo periodo come quando furono applicate le assicelle. S'introdussero quindi due setoni, ciascuno de' quali consistente di quattro fili di seta, passando l'uno sulla *superficie* esterna, e l'altro sulla interna della tibia. L'infiammazione eccitata dai setoni, rese necessario di levarli sul decimo giorno; l' arto fu di nuovo tenuto in riposo per dieci settimane, al termine delle quali la riunione era completa.

Nel terzo caso (di lesione simile) il passo preparatorio

di concedere all'arto un pieno riposo per tre mesi fu efficace, rilevando l'importanza dell'offrire alla natura un' opportunità di spiegare le sue forze prima di appigliarsi a mezzi attivi.

Il quarto caso è egualmente istruttivo. Trattasi di una povera donna mal nodrita ed emaciata, a cui erasi fratturato l'omero già da qualche settimana prima della sua ammissione nell'ospedale. Il riposo e un buon nutrimento compirono la guarigione in un mese.

Il quinto ed ultimo caso riguarda una frattura della tibia e della fibula, in cui sembrò all' Autore poter riferire la non riunione delle ossa fratturate ad infezione sifilitica costituzionale: il paziente aveva, infatti, una combinazione di malattia primaria e secondaria ad un tempo, presentando il mal di gola, l'eruzione e i dolori notturni dell'ultima, ed un ulcero recente. Si fece una cura del sistema con mercurio, e ne seguì ben tosto la riunione.

Della irritabilità della fibra muscolare negli arti paralitici; del dott. Marshall Hall.

La presente Memoria è quasi una replica di quella che l'A. pubblicò nel volume vigesimosecondo delle Transazioni. Egli fu indotto a questo nuovo lavoro dalla lettura della Memoria del dott. *Todd* sul medesimo argomento, pubblicata nell'ultimo volume delle Transazioni, in cui vedendo egli come questo Autore giunge a conchiusioni opposte alle sue, e volendo verificare quale potesse essere la causa della discrepanza fra loro, venne a conoscere che il *Todd* aveva adoperato un genere d'apparato diverso dal suo, e con pochi esperimenti comparativi potè stabilire che nella differenza appunto dell'apparato stava la differenza dei loro risultati.

E per divenire all'esame pratico degl'istrumenti adoperati, ci dice come fosse suo intento scegliere un appa-

rato che quantunque mite nella sua attività, dovesse pure in realtà essere un *misuratore* dell' irritabilità della fibra muscolare dei muscoli sottoposti alla sua influenza e presentare i risultati i meno complicati. Era essenziale a questo fine evitare la violenza — onde impedire qualunque effetto d'intimidazione, di sorpresa, di sensazione instantanea. Scelse quindi la nota batteria a truoghi di *Cruikshank*, la più comune, la più semplice, la più mite e più agevolmente adattata di qualunque altra. Con questo istromento egli potè applicare una moderata influenza galvanica con dieci, venti, trenta o più piastre, consistente in una semplice corrente di poca intensità; in una parola la precisa forza richiesta, ossia la minima che potesse produrre un effetto evidente.

Il dottor *Todd* aveva adoperato l'apparato elettro-dinamico o il magneto-elettrico. Ora codeste sono macchine di molta intensità; e in luogo di presentare una semplice corrente, somministrano correnti rapidamente interrotte, ripetute, alternate eziandio; vicissitudini, ciascuna delle quali infligge i suoi propri effetti peculiari, al muscolo o alla fibra nervosa e muscolare.

Ma anche senza por mente alle obbiezioni fatte *a priori* che non fu adoperato l'istromento medesimo dal dottor *Todd* e dal nostro A., sarebbe pure stato impossibile il conchiudere, senza farne sperimento, che gli effetti di istromenti così diversi potessero essere i medesimi. E gli esperimenti hanno infatti dimostrato che ben lungi dall'essere identici, i risultati presentati dai due istromenti sono *diametralmente opposti*. In questo semplice fatto si comprende la completa spiegazione delle discrepanze fra i risultati del dottor *Todd* e quelli del dottor *Marshall Hall*. Ed in fatto la pila galvanica è per la semplicità della sua operazione e per la sua moderata intensità un vero *misuratore della irritabilità della fibra* muscolare; laddove l' apparato elettro-dinamico per l' ele-

vata sua intensità e pel suo modo d'azione, sviluppa la *forza* della *massa* muscolare.

Si può altresì aggiungere, che mentre la semplice corrente di moderata intensità agisce principalmente sulle fibre superficiali; l'azione galvanica rapidamente ripetuta, nella sua forma intensa, può penetrare al *nervo* più profondamente situato, e così spiegare un grado di energia non osservato nell'altro caso.

Qui l'Autore porge un fatto interessante, atto ad illustrare l'effetto del disuso anche sopra nervi di sensazione e volizione. — Una rana aveva perduta la sua estremità inferiore, forse divorata da un pesce; il moncone della coscia era perfettamente guarito. Esaminando i due nervi lombari, egli osservò che quello procedente all'arto amputato erasi atrofiato. È fuor di dubbio che lo stesso dee avvenire nei casi di disuso per paralisi, e che conseguentemente il nervo può perdere più o meno della sua facoltà eccitatrice.

L'esperimento seguente prova la verità dell'asserto rispetto all'azione dell'apparato elettrico-dinamico.

Sottoposte al medesimo le mani di persona sana, esse si *serrano* violentemente, e ciò accade perchè essendo i muscoli flessori più consistenti e più forti che gli estensori, dessi vengono contratti con più energia che gli ultimi; qui è la loro *forza*, non la loro *irritabilità* che viene misurata.

Ma per determinare la questione di cui ora si tratta, vale a dire quella relativa ai risultati ottenuti dai due generi d'apparato, l'A. presenta un esperimento fatto il 10 novembre 1847 dal dott. *Smith*.

« In un caso d'emiplegia, dice questi, che durava da tre anni in un giovine d'anni 28, il cui braccio era lievemente atrofiato, la mano contratta, e la gamba solo alquanto indebolita, noi applicammo primieramente la corrente colla batteria comune di *Cruikshank*, ponendo

le mani in un bacino d'acqua salata, ed i piedi in un altro: adoperando un piccolo numero di piastre, si videro lievemente affetti i muscoli del braccio paralizzato da una corrente che non ebbe alcuna influenza su quelli del braccio sano; aumentato il numero delle piastre, ambi i bracci furono commossi, ma più il paralitico che l'altro.

Sostituito poi alla batteria di *Cruikshank* l' apparato elettro-dinamico di *Hearder* si commossero entrambi i bracci, ma più il sano che il paralitico, essendone i muscoli contratti più potentemente, come fu evidente tanto alla vista che al tatto; differenza che divenne più saglienie coll'aumentare l'attività dell'apparato ».

Segnalata così la causa della discrepanza fra i risultati ottenuti dal dott. *Todd* ed i suoi proprii, l' Autore, conscio delle importanti questioni implicate nella questione presente, si dichiara pronto ad addurre nuove prove dei principii emessi nella precedente Memoria. E innanzi tutto vorrebbe richiamare l' attenzione della Società ai grandi principii fisiologici — che mentre la volizione è un esauritore della irritabilità della fibra muscolare, codesta irritabilità essenzialmente dipende dall'influenza del midollo spinale; e che il galvanismo è importantissimo nella sua applicazione come misuratore di questa irritabilità, e come diagnostico fra quei casi di paralisi in cui è separatamente troncata l' influenza del cerebro, e quelli in cui è tolta l' influenza del midollo spinale; essendochè ambe queste dottrine stanno nella piena loro forza.

II. *Vocaboli adoperati.* In primo luogo, per paralisi *cerebrale*, l'Autore intende qualunque malattia che *precluda* l'influenza del cerebro, e conseguentemente gli atti della volontà, dagli arti paralizzati.

In secondo luogo, colla espressione paralisi *spinale* egli intende qualunque malattia che tronchi l' influenza del midollo spinale da quegli arti.

Egli accenna d'avere espressamente parlato sulla Memoria antecedente di « casi di paralisi provenienti dalla troncata influenza del midollo spinale, come distinti da quelli procedenti meramente dalla influenza troncata del cerebro ».

La paralisi cerebrale dipende d'ordinario da malattia del cervello, ma la paralisi spinale può dipendere da malattie situate in qualunque località, e nel cervello eziandio, *in modo da troncare* l'influenza del midollo spinale dai muscoli paralizzati.

Pel vocabolo paralisi, egli intende paralisi *pura* distinguendola da quei casi in cui vi si associa *spasimo* « immediatamente eccitato da qualche malattia che affetti il midollo » (o sistema) « spinale medesimo; casi che l' Autore ha recentemente distinti colla denominazione di *spasmo-paralisi* ».

Gli è specialmente necessario distinguere quei casi i quali implicando « qualche malattia che affetti il midollo spinale medesimo », vengono accompagnati da *sollecita* affezione spasmodica, e quelli di pura paralisi cerebrale in cui lo spasimo sopravviene ad un periodo remoto per l'azione fisiologica del midollo spinale sovra muscoli dai quali ritirata essendo l'influenza della volontà, subiscono aumento nell' irritabilità della fibra, e si contraggono permanentemente, presentando forse il solo caso, in cui tale contrazione è o fisiologica o patologica solamente in un secondario punto di vista.

È vero che il dottor *Todd* riferì la sollecita e la tarda contrazione nell'emiplegia o nella paralisi cerebrale all'operazione di altre cause (1), ma non è men certo che

(1) Per la necessaria chiarezza, voglia lo studioso rileggere la Memoria a cui allude il dott. *Hall*, inserita in questi Annali, Vol. CXXVIII, pag. 319 (novembre-dicembre 1848).

le opinioni del dottor *Todd* sono erronee; poichè tanto l'esperienza che l' osservazione provano che niuna condizione del cerebro, *limitata* nella sua influenza al cerebro, *può* indurre azione spasmodica.

Eguale o piuttosto doppio errore commette il dottor *Todd* relativamente all' azione della stricnina. È stato ampiamente provato che la stricnina agisce sul midollo spinale, e solamente sul midollo spinale.

Nel procedere in questa ricerca egli è essenziale non solo che i nostri istromenti siano identici, ma anche che i nostri vocaboli abbiano una significazione specifica ad un tempo e precisa.

III. *La questione sottoposta a nuovi esperimenti.* Le questioni sono ora queste

1.° Sonovi casi di paralisi in cui l' irritabilità della fibra muscolare sia maggiore nella parte o arto paralitico che sul sano?

2.° Si dànno casi di paralisi in cui si manifesti l' opposto?

3.° Quali sono questi casi separatamente e rispettivamente? Sono i primi, casi in cui l'influenza *sola* del cerebro sia preclusa? e sono i secondi, casi in cui sia altresì intercetta l'influenza del midollo spinale?

4.° È la batteria galvanica o a truoghi di *Cruikshank* cautamente adoperata, un attendibile misuratore dell'irritabilità della fibra muscolare negli arti paralitici, e conseguentemente un diagnostico di questi due generi di paralisi?

Nel tener dietro a codeste questioni molta cautela è necessaria.

In primo luogo, conviene sempre osservare che il paziente è intimidito alla prima applicazione del galvanismo. L'effetto della sorpresa e della subitanea sensazione manifestato nel trar calci, nel sobbalzare, ecc., deve essere accuratamente distinto da quello dell' influenza galvanica sulla fibra muscolare.

2.° Il grado della forza galvanica non deve mai essere, perchè mai necessita che sia, tale da produrre « dolore », e tanto meno tale da « sobbalzare l'arto fuor del bacino ». Una simile violenza complicherebbe i fenomeni, e confonderebbe i risultati. La forza galvanica deve essere la *più mite*, che sia atta a produrre ovvio effetto.

3.° Il primo effetto di un assalto paralitico è uno di scotimento, probabilmente da diminuita irritabilità della fibra muscolare. Si deve lasciar *tempo* così pel ripristinamento come per l'aumento di questa proprietà. Gli è quindi solo dopo un certo lasso di tempo che è conveniente, o forse anche *sicuro*, di applicare il galvanismo, specialmente se il paziente è timido.

4.° Nel decorso di pochi giorni dopo l' assalto paralitico vi è frequentemente un rapido e considerevole ripristinamento del moto volontario; in seguito questo ripristinamento è molto più lento e molto meno distinto. Il primo è un ricovramento dalla scossa, il secondo una diminuzione della malattia attuale.

5.° Finalmente, in alcuni casi *non* vi è ristabilimento. L'Autore opina che in questi casi non vi possa essere aumento, e forse neppure ripristinamento, della irritabilità della fibra muscolare. In uno di simili casi, dopo il decorso di sette settimane, i muscoli del braccio paralitico rimanevano meno suscettibili della conveniente influenza galvanica che quelli dell'arto sano.

Premesse queste preventive osservazioni, procede il dott. *Marshall Hall* a dettagliare una serie di nuovi esperimenti, nella speranza che la Società gli renderà giustizia sull'aggiustatezza e la cura con cui raccolse i fatti e le deduzioni già ad essa presentate.

Presentemente fra gl' innumerevoli casi su cui sperimentò l'irritabilità della fibra muscolare negli arti paralitici, egli trasceglie unicamente quelli osservati *dopo* la pubblicazione dell' opera del dott. *Todd*.

Caso I. — M—rs., d'anni 35, affetta da estrema paralisi dal lato destro della faccia. L'occhio destro non potevasi serrare nemmeno coi più potenti sforzi, ma rimanevasi spalancato; il lato destro della faccia era flacido, mentre il sinistro si ritirava in violenti contrazioni ad ogni tentativo di parlare, e sotto l'influenza di sforzi o d'emozioni. Il caso fu risguardato da tutti gli astanti siccome paralisi del nervo facciale.

Applicato il galvanismo con cinque, dieci, quindici, e venti piastre della batteria di *Cruikshank*, mentre la palpebra fu sola appena commossa dal lato sano, i muscoli del lato paralitico della faccia furono tutti contratti. La corrente venne diretta dalla fronte al mento, e da tempia a tempia, prima da destra a sinistra, e quindi da sinistra a destra, ma l'effetto fu sempre lo stesso.

Ora in ogni caso di paralisi del nervo facciale, siccome in quello che segue, sono d'ordinario i muscoli del lato sano della faccia che sono i più suscettibili alla influenza galvanica. Nel caso presente questo non si verificò che nel solo muscolo orbicolare.

Procedendo nell'esame, si trovò che l'accesso era sopravvenuto alquanto repentinamente, come un senso di mal essere — un senso di confusione — entro il capo, il romore di un grillo nell'orecchio destro, e torpore del lato destro della lingua. Divenne evidente essere questo un caso di paralisi cerebrale, e quantunque ne rimanesse tuttavia oscura la natura precisa, due cose erano abbastanza ovvie: primo, che era un caso di pura affezione paralitica non complicata con spasmo, ed in cui la fibra dei muscoli paralizzati è più irritabile che quella dei muscoli sani; secondo, come si vedrà immediatamente, che non era un caso di paralisi del nervo facciale; e terzo, che la diagnosi ne fu dichiarata col mezzo della pila galvanica.

Caso II. — Un gentiluomo, d'anni 30, essendo stato

esposto alle intemperie del clima dell'Australia, ne aveva sofferto un' estesa suppurazione del lato sinistro del collo e della faccia, che gli lasciò queste parti affatto paralitiche. L' occhio sinistro si stava spalancato sotto i maggiori sforzi per chiuderlo, e la faccia si contraeva dal lato opposto nel parlare, nel ridere, ecc.

Applicato il galvanismo come nel caso precedente, questa volta furono i muscoli sani i più eccitati a contrazione, o i soli eccitati, se si adoperava un minor numero di piastre.

Entrambi questi esperimenti si continuarono una volta alla settimana per parecchi mesi ed alla presenza di numerosi testimonii.

Caso III. — M. A. B., d'anni 48, aveva avuto due attacchi d'emiplegia l' uno da diciotto mesi, l' altro da tre mesi prima. *Il braccio e la mano destra* ne rimasero molto paralizzati, ed i muscoli del braccio notabilmente emaciati.

Collocate le mani in un bacino contenente una soluzione di sal comune, ed i piedi in un altro, e passata la corrente da una *pila* galvanica comune da bacino a bacino, variando il numero delle piastre dalle quindici alle venti, nei primi due minuti si vide la mano *sinistra*, ossia la sana, molto agitata ad ogni compimento del circolo galvanico, evidentemente per effetto d'*intimidimento*. In seguito, riconfortatosi il paziente, la mano e il braccio *destro*, ossia i paralitici, vennero distintamente mossi da un numero di piastre che non affettava la sinistra, ed aumentando le piastre fino ad affettare ambo i lati, il destro lo fu sempre in grado maggiore che il sinistro.

Invertita la corrente, l'effetto fu ancora il medesimo. — Ciò fu il 17 dicembre 1847. Al 21 ripetendo l' esperimento, i muscoli del braccio paralizzato furono commossi più dell'altro fin dal principio.

Erano presenti i dottori *Harcher, Henry Smith* e l'A.

Caso IV. — W. M., d' anni 36, fu galvanizzato al 31 gennajo 1848 dall' Autore in casa del dottor *Bennet*, ed alla presenza di questo, dai dottori *Le Gros Clark* ed *H. Smith.*

Questo paziente aveva avuto sei attacchi, il primo de' quali da sedici mesi prima, l'ultimo da dieci mesi. Il braccio e la gamba sinistra ne erano rimasti notabilmente paralizzati, e il braccio specialmente; anche la gamba destra ne era alquanto affetta. L' occhio sinistro aveva sofferto nella visione, ma nella faccia la paralisi era poca; egli poteva per altro chiudere entrambi gli occhi insieme, e il destro anche *da solo* ma non così il *sinistro.*

I muscoli del braccio sinistro erano considerabilmente emaciati, mentre l'altro era bene sviluppato; la mano era quasi inabile a tenere il bastone; ed il pollice era più paralizzato che le altre dita, ed alquanto ripiegato verso il palmo della mano.

Sotto l' influenza della pila galvanica di *Cruikshank* con quindici piastre, la mano *sinistra*, ossia l'affetta, ed il pollice principalmente, fu lievemente commossa, mentre nessun movimento si manifestava a destra. Con venti o venticinque piastre, si videro movimenti in *ambo* gli arti, ma assai più nel sinistro che nel destro, vedendosene mosse le dita e contratti i muscoli lungo il braccio.

Provato poi l' apparato elettro-dinamico di *Hearder* gli effetti furono rinversati, vedendosi molto più distinti nell'arto sano che nel paralitico.

L'Autore aggiunge un certificato segnato dai dottori *Bennet, Le Gros Clark* e *Henry Smith* che furono, come si è detto, testimonii degli esperimenti.

Caso V. — Paralisi limitata alla gamba sinistra. Essa era sopravvenuta gradatamente, e senza alcun accesso repentino quindici mesi prima, ed aveva portato debolezza ed atrofia dei glutei e dei muscoli della coscia e

della gamba con diminuzione nel calorico e nella circolazione, essendo l'arto assottigliato, freddo e livido.

L'Autore avendo inavvertentemente giudicato questo un caso di paraplegia parziale, e quindi di paralisi parziale, aspettavasi che i muscoli dell'arto paralitico avessero ad essere meno affetti dall' influenza galvanica che quelli dell'arto sano. Ma all'opposto, nell'applicare come d'ordinario la batteria di *Cruikshank*, prima nella sua forma più moderata, e poscia con forza gradatamente aumentata, vide i muscoli dell'arto paralitico, il tibialis anticus, il gastronemius, ecc., contratti, mentre quelli dell'arto sano si rimanevano immobili, o assai meno agitati.

Quando la forza applicata era considerevole, i muscoli dell'arto paralitico si contraevano violentemente, mentre appena un tremito scorreva in quelli del sano.

Interrogato il paziente disse avere provato sul principio un lieve trasalimento della mano sinistra, fatto non prima manifestato. Era evidente essere questo un caso di parziale emiplegia.

Si cangiò poi la pila di *Cruikshank* coll'apparato elettro-dinamico di *Hearder*. *Gli effetti furono rovesciati!* I muscoli dell' arto sano furono ora mossi o permanentemente contratti (secondo che l'applicazione della macchina era momentanea o continuata), laddove appena si osservò un movimento nell'arto paralizzato. E l'arto sano sobbalzava violentemente, intanto che il paralitico era appena mosso.

Non può darsi esempio più luminoso — 1.° di muscoli di arti paralizzati con aumentata irritabilità di fibra; 2.° delle proprietà diagnostiche della pila galvanica; 3.° dell'ampia differenza fra l'effetto di questo apparato e quello della macchina elettro-dinamica.

L'esperimento fu eseguito l'otto novembre 1847, e ripetuto il nove, presenti i dottori *Erichsen* e *Barlow*, non che il dott. *Henry Smith* e l'Autore.

Riputando superfluo l'aggiungere altri casi ai già esposti, l'Autore conchiude con due osservazioni intorno ad alcune proposizioni che furono fatte di altri possibili modi di spiegare i fenomeni qui dettagliati.

I. Si è supposto che nella paralisi cerebrale, l'arto sano possa, per quanto inscientemente, essere trattenuto dal muoversi dalla volontà. Senza negare che vi possa essere qualche fondamento in questa osservazione, dice il dott. *Marshall Hall*, che basta stare avvertiti della possibilità di questa influenza per garantirsene.

In primo luogo, una tale influenza non *può* esercitarsi sui lineamenti; poichè, se ciò fosse, la faccia si contorcerebbe, e questo riescirebbe ovvio al più ordinario osservatore.

In secondo luogo la volontà può essere sospesa col fare che il paziente tenga le sue mani pendenti inerti a guisa di pendulo.

In una parola, qualunque abbaglio di questo genere non può risultare che da molta disattenzione.

II. Si è supposto che il maggiore movimento dei muscoli emiplegici possa essere il risultato di un'azione riflessa.

Ma questi movimenti si limitano talvolta ad un unico muscolo tanto nella faccia che in un arto, e ad un occhio esperimentato sono affatto differenti da qualunque movimento riflesso; essendo questi, movimenti di gruppi di muscoli, e di carattere totalmente diverso.

Questo supposto viene altresì contraddetto da un semplice esperimento: in nessun animale sono i nervi riflessi più distinti, sotto ogni riguardo, che sulla rana. Ora si tronchi la testa ad una rana, per toglierle la sensibilità, e si recidano i nervi di una estremità inferiore, o, per quanto è possibile, si levino interamente, e si sottopongano i due arti ad una medesima influenza galvanica; in uno vi potrà essere azione riflessa, ma non nel-

l'altro. Pure eguale essendo l'irritabilità, vengono entrambi mossi egualmente.

Per determinare la questione relativamente al soggetto umano, l'Autore eseguì l'esperimento seguente: fece primieramente passare la corrente galvanica nelle braccia di un paziente, al modo consueto, tenendogli le mani in un bacino, i piedi in un altro, ed osservò il solito distinto e maggiore effetto sui muscoli del braccio e dell'avambraccio paralizzato. Passata quindi la medesima corrente dalle dita alla mano fino al *carpo* prima da un lato poi da entrambi, escludendo i muscoli del braccio e dell'avambraccio, vide movimenti nel carpo, nella mano, e nelle dita solamente.

Ora, per rispetto ad una azione riflessa, il braccio era nella stessa condizione in entrambi gli esperimenti. La conclusione è ovvia. L'azione riflessa non ha alcun rapporto con quei fenomeni.

Il dottor *Todd* fa alcune osservazioni relative all'influenza, 1.° del nervo distribuentesi nei tessuti adiacenti, e 2.° del grado di nutrizione dei muscoli stessi. Queste questioni richieggono ulteriore ed attenta investigazione, ma l'A. ritiene che i risultati non siano per coincidere colle congetture del dott. *Todd*.

L'Autore aggiunge a questa Memoria un poscritto in cui ci informa come il dott. *Golding Bird* gli abbia comunicato che in una serie di esperimenti praticati sovra fanciulli al « Guy's Hospital » trovò che nella paralisi cerebrale, adoperando l'acqua pura per mezzo conduttore, l'arto affetto veniva commosso da un grado di forza galvanica che non aveva influenza sul sano; e che il contrario accadeva nella paralisi spinale.

Egli nota come ne'suoi primi esperimenti egli medesimo adoperasse sempre acqua pura. La differenza nell'effetto fra l'acqua pura e la salata è grandissima; e adoperando in luogo dell'una o dell'altra un contatto me-

metallico (col collocare sovra ciascun carpo dischi di metallo connessi da fili, completando poi il circolo) se ne ottenne in un caso il risultato medesimo di quello dell'apparato elettro-dinamico; cioè contrario a quello che si ottiene col ritardare la corrente adoperando acqua come parte del circolo conduttore.

È necessaria, secondo l'Autore, una particolare cautela nel fare esperimenti come quelli del dott. *Golding Bird*: una semplice scossa galvanica passata pei tessuti induce una condizione *elettrogenica*; i muscoli si rendono meno suscettibili all'influenza di questo stimolo in una seconda o terza scossa, che nella prima o nella seconda. Allorchè gli arti vengono soggettati *da soli* all'esperimento, conviene aver bene a mente questo fatto.

Caso di fetazione extrauterina; del dott. Donald Dalrymple.

Si connettono a questo caso circostanze tali, che indussero l'Autore a conchiudere che la fetazione non fosse extrauterina originariamente, ma che il feto abbandonasse l'utero nel quarto mese circa di gravidanza, per essersi in quel tempo lacerato quest' organo. Tale è la conclusione che il dottor *Dalrymple* trae dalle proprie osservazioni; una breve relazione del caso metterà in grado il lettore di giudicarne da sè medesimo. La paziente riteneva essere rimasta incinta nel principio del gennajo 1847, e fu primieramente visitata dal supplente dell' Autore in giugno; che le trovò l' utero del volume di una testa fetale pienamente cresciuta, pendente fuori dall'orifizio esterno; essa si mostrava molto incomodata dai movimenti del feto superiormente nell' addome. Alla fine di settembre ebbe doglie di parto, le quali cessarono dopo poche ore, e con esse i movimenti del bambino nella parte superiore dell' addome. In pochi giorni essa diminuì di grossezza, e migliorò in salute. In di-

cembre ammalò di nuovo, soffrendo di dispnea, e dolore e ingrossamento dell'addome; e morì verso la fine del mese.

Nell' autopsia si trovò un feto morto ben cresciuto e grosso, collocato in una cavità ricinta da un denso strato di linfa molle e gialla, ed esteso dalla regione ipocondriaca sinistra, dove stava il capo, alla destra fossa iliaca, dove giacevano i piedi. Il cordone fu accompagnato fino ad una massa spongosa color marrone (che si ritenne essere la placenta), che occupava la regione del pube, e aderiva apparentemente all' utero. La dissezione non si potè fare accuratamente, e le parti non vennero levate.

Ora, i fatti sui quali l'Autore fonda la sua opinione che questo non fosse in origine un concepimento extrauterino, sono i seguenti: 1.° Che la cervice dell' utero raggiunse la condizione propria del quarto mese di gravidanza, e non si alterò ulteriormente nel suo carattere. 2.° Che verso il tempo in cui la paziente credeva che il feto dovesse incominciare a muoversi le accadde di sollevare un secchio pieno d'acqua, dopo di che sentì qualche cosa di diverso che nelle altre gravidanze. 3.° Che il di lei marito narrò, dopo la di lei morte, che alla fine di aprile (subito dopo l'epoca in cui aveva alzato il secchio) durante il coito, essa sentì d' improvviso qualche cosa che s'era staccata entro il suo corpo, e che immediatamente dopo entrambi sentirono nel porre la mano nell'ombellico, una strana sorte di movimento fluttuante, dalla quale epoca essa riferì sempre i movimenti del feto ad una posizione più alta di prima ».

Osservazioni sovra alcune peculiarità del polipo dell'utero; del dott. Charles Locock.

L' Autore dopo avere accennato come già vent' anni prima gli fosse mostrata dal dott. *Robert Hooper* la pre-

parazione di un utero aperto avente un piccolo polipo internamente sulla cervice, e già appartenuto ad una giovane morta di emorragia; ci narra che molti anni dopo venne consultato da un medico per la di lui propria moglie, che aveva avuto molti figli, ma che soffriva allora frequentemente di profusa emorragia uterina. L'utero non presentava all'esplorazione che uno stato di rilassatezza; ma sentendo la bocca dell'utero alquanto dilatata, l'Autore vi passò un dito, e sentì distintamente l'estremità di un piccolissimo polipo, molto internato nella cervice. Non parendogli possibile levarlo in quella situazione, egli non prescrisse che gli ordinarii rimedii per minorare l'emorragia, sperando che intanto esso aumenterebbe di volume, e diverrebbe più accessibile. La paziente passò in campagna: ma dopo qualche settimana, l'Autore ebbe notizia che l'emorragia era più profusa che mai, e le forze vitali molto scadute. Prescritte ripetute dosi di segale cornuta, colla speranza di portare con queste il polipo in posizione più agevole a raggiungersi dagl' istromenti, si recò da lei la sera dopo con tutto l'occorrente per fare, se era possibile, l'operazione.

La trovò esangue nell'aspetto, con polso debole e incerto, sicchè pareva evidente che se l'emorragia continuava essa non avrebbe potuto sopravvivere. Pareva che la segale cornuta avesse avuto qualche effetto sulla bocca dell'utero che era divenuta più sottile e più dilatabile, ma il polipo era poco più accessibile di prima, e tutti gli sforzi per afferrarlo o con pinzetta o cogli uncini furono affatto infruttuosi. L'unico piano che parve all'Autore eseguibile fu di sradicare e scavare il polipo coll' ugna, e colla perseveranza vi riuscì: la paziente guarì perfettamente, ed ebbe un altro figlio nell'anno appresso.

Dice l'Autore avere dipoi veduto altri quattro casi di simil carattere, in cui il polipo era egualmente piccolo

e parimenti situato affatto entro l' orifizio dell'utero, ed attaccato alla cervice, l'uno da un piccolo peduncolo, ma gli altri con un'adesione quasi grossa come l'escrescenza stessa.

Merita osservazione il fatto di non avere mai in questi casi potuto l'Autore scoprire il polipo, quando esaminava l'utero negl'intervalli fra gli attacchi d'emorragia, sia col dito sia collo speculum. L' orifizio dell'utero era serrato, l'utero aveva il senso naturale, e nulla potevasi scoprire di locale che desse ragione dell'emorragia. Nel primo di questi casi in cui non aveva potuto scoprire nulla, fu in seguito chiamato per l'allarme suscitato dalla profusione della perdita del sangue, la quale era tanta che l' Autore dovette tamponare la vagina. Nel giorno seguente, esaminando l'utero, dopo levato il tampone, e trovandone l' orifizio più aperto e flaccido, vi passò entro il dito e scoperse il polipo.

Negli altri tre casi, scomparsa appena l'emorragia, più non si scopriva vestigia del polipo. In questi non fu che con estrema difficoltà che potè levare i piccoli polipi. Dopo molti tentativi, riuscì meglio coll'introdurre una bacchetta di nitrato d' argento (nascosta in un cannello, e fatta in modo da poterne uscir fuori l' estremità) spingendola fino al polipo, e trattenendovela per alcuni secondi; ma furono necessarie ripetute applicazioni, quantunque ne risultasse poi pochissimo dolore o incomodo susseguente. Riflettendo egli che se avesse avuta un' ugna abbastanza lunga, forte ed acuta, avrebbe potuto scavar fuori il polipo, come aveva fatto nel caso della moglie del medico, fece fare un istromento che agisse con questo principio, e avendolo provato nell'ultimo caso che gli si presentò trovò di potere con esso recidere prontamente e facilmente l'escrescenza morbosa. Esso consiste semplicemente in una piccolissima, finissima e acutissima palettina, simile a scalpello o trivella rotonda dei falegna-

mi (gouge), rinchiusa in un cannello, in modo da potersi a volontà o trattenere interamente entro il fodero, o spingersene fuora; essendo la lunghezza della protrusione regolata da una vite sul manico, graduata in quarti di pollice per l'estensione di un pollice e mezzo. Si introduce questo scarpello nell'orifizio dell'utero fino alla radice del polipo, rinchiuso ancora nel cannello: esso si sospinge poi oltre i confini del tubo che lo rinchiude per circa un quarto di pollice, avendo cura, col mezzo della vite, che non oltrepassi la voluta lunghezza. Si preme poi fortemente il margine tagliente contro la base del polipo, e si volge delicatamente a mezzo giro innanzi e indietro lo scarpello finchè ha reciso il corpo.

Il dott. *Locock*, senza entrare in una storia generale del trattamento del polipo dell'utero, coglie questa opportunità per notare una o due circostanze connesse coll'argomento, e che egli crede meritevoli dell'attenzione dei medici.

Un polipo ordinario dell'utero, della dimensione da una nocciuola ad una grossa pera, è forse uno dei casi più semplici e più facilmente maneggiati nella chirurgia uterina. In tutti questi casi l'Autore dice non avere mai fatto uso della legatura, preferendo far abbassare il polipo con una pinzetta a doppio uncino (double hook forceps), e di farne l'escisione colle forbici ricurve o con un bistorino. Con questo metodo così semplice e tanto più spedito, si evitano tutti gl'inconvenienti dei profusi e fetidi scoli incidenti alla legatura, e l'Autore ricorda qui un caso avvenuto nella pratica del defunto dottor *Glen*, di Brompton, in cui poco mancò che lo sconcerto costituzionale prodotto da questi scoli non riuscisse fatale. In un caso di escisione, la paziente perdette un pò di sangue per qualche ora dopo, ma ciò non avvenne più all'Autore, avendo seguito il suggerimento del dott. *Benjamin Brodie*, di produrre una torsione delle arte-

rie previamente alla escisione, col girare il polipo per diverse volte, dopo aver fissato il forcipe a doppio uncino.

Nei polipi molto voluminosi, egli crede però che possa forse essere misura più sicura l'applicare prima la legatura; ma dopo due o tre giorni, quando la circolazione pel polipo è stata bene strozzata, l'Autore ha preferito farlo abbassare mediante la legatura medesima, e quindi reciderlo attraverso al peduncolo superiormente al nodo. Ma vi sono casi non accessibili nè alle forbici, nè al bistorino, in cui il polipo è così voluminoso, e riempie talmente la pelvi, che non se ne può sentire il collo. L'Autore peraltro dice non averne mai trovato alcuno in cui non si potesse applicare la legatura introducendola per mezzo del doppio cannello di *Niessens*, come è raccomandato dal defunto dottor *Gook*, nell'alto della pelvi, ed anche entro l'orifizio dell'utero, finchè tirando il cordone lo si sente scorrere sulla convessità ed abbracciare il peduncolo. Il fatto del non poter sentire il collo del polipo o la bocca dell'utero, non è un ostacolo insuperabile per fare la legatura, quantunque la renda talvolta molto difficoltosa.

I casi che l'Autore ha trovato particolarmente difficili sono quelli in cui il polipo in luogo di essere troppo voluminoso, è troppo piccolo. In questi casi i polipi si distinguono agevolmente col tatto, ma sono troppo piccoli per potersi allacciare con una legatura, e deludono sovente l'operatore ne' suoi tentativi di afferrarli colla pinzetta o cogli uncini. Questa difficoltà venne da lui recentemente superata, col semplicemente metterli in vista, mediante lo speculum, ed a quest'oggetto trovò essere più conveniente pei successivi maneggi lo speculum bivalvo (quello di *Ricord*) che il tubulare. Portati così in vista nulla è più agevole che mozzarli con un pajo di forbici curve con o senza il soccorso della pinzetta; l'A. toccava in seguito la superficie incisa con nitrato

d'argento. Questi polipi erano sempre di un color rosso cupo o purpureo, simile a quello delle emorroidi, e diverso da quello del circostante tessuto dell'utero.

Il dott. *Locock* termina ricordando per la sua singolarità un caso di un polipo ch'ei recise da una paziente del dottor *Baker*, il quale quantunque grosso come la testa di un feto di sette mesi, non si manifestò con alcuno dei sintomi consueti, nè con emorragia, nè con leucorrea, e fu solo scoperto accidentalmente, avendo la sua pressione sulla vescica reso necessario il catetere.

In un proscritto in data 15 giugno 1848, dice aver letto susseguentemente alla presentazione di questa Memoria un trattato sul polipo del dott. *Montgomery*, pubblicato nel « Dublin Quarterly Journal » nell'agosto 1846. La differenza nella descrizione dei polipi del nostro Autore consiste nell'essere dessi, come si è detto, affatto invisibili e inaccessibili, eccetto che durante lo stato rilassato della bocca dell'utero nel tempo di attuale emorragia. L'uso dello speculum per l'escisione della escrescenza si vede essere già adottato da *Montgomery*.

Osservazione sulla non naturale procidenza dell'utero, e proposta di un nuovo istromento per la sua guarigione; del dott. James Reid.

Premessa l'osservazione sulla frequenza di questa malattia, e sull'interesse che deve perciò avere lo studio della sua cura, l'Autore dice non proporsi egli in questa Memoria di entrare dei dettagli dei diversi punti connessi col « prolapsus uteri », come sarebbero le cause della posizione alterata, ecc., ma di limitarsi a casi di semplice abbassamento d'utero, dipendente da ribassamento, e non complicato con tumori nè uterini, nè ovarici, nè con malattie delle parti adiacenti, e di

considerare i principii della cura, ed il metodo di portarli ad effetto, in relazione a questi casi.

Il punto più essenziale da raggiungersi è evidentemente non solo di ricollocare l'utero nella sua posizione naturale, ma più specialmente di mantenerlo nella posizione riordinata. Varii rimedii furono a quest' oggetto proposti, ma essi sono tutti più o meno soggetti a gravi obbiezioni.

La posizione supina per sè sola, è, come mezzo di guarigione, affatto inadequata quasi sempre, ed al sommo tediosa; ma è un eccellente ajuto temporario per misure più efficienti.

Il grande desideratum è di somministrare un *sostegno meccanico* che possa mantenere l'utero « *in situ* », poichè la donna è nel tempo stesso incapacitata a stare in positura eretta, e ad attendere alle consuete faccende.

I *requisiti* di questo sostegno dovrebbero essere

1.° Che fosse *costante*, mentre la paziente è in posizione eretta.

2.° Che fosse il *meno possibile pregiudizievole* alle parti molli colle quali è in apposizione, mentre le sostiene.

3.° Che non avesse a rimanere applicato, *quando non è necessario*, come durante la notte allorchè la paziente è coricata.

4.° Che non intercettasse *le funzioni proprie* degli organi sessuali.

5.° Che per tutti i suddetti motivi, si potesse *applicare e rimuovere prontamente dalla paziente medesima*, e, se è possibile, senza dolore.

I sostegni esterni applicati all'addome o al perineo, non sono sufficienti fuorchè in casi leggerissimi di procidenza.

Un sostegno *interno* è assolutamente necessario nei più avanzati stadii d'abbassamento d' utero.

È noto che la parte superiore del canale vaginale è di dimensioni molto maggiori che la parte inferiore all' ingresso; e che quindi un istromento che si adoperi per sostegno meccanico dell'utero, deve pur essere efficiente, avere dimensioni equivalenti alla parte superiore e più ampia, che la parte vicina alla vulva.

In pressocchè tutti gl' istromenti fin qui adoperati a quest' intento sotto il nome di *Pessarii,* la loro introduzione e la rimozione furono per questo motivo sempre accompagnate da qualche difficoltà e da molto dolore. Questo poi ha condotta alla improvvida pratica di lasciare l' istromento nella vagina per settimane e mesi di seguito, e gli Autori ricordano molti gravi risultati originati da questa costante e lunga pressione. Per le donne *maritate* vi sono altre ovvie ragioni che si oppongono a questa pratica.

Fu a ragione rimarcato, « Plus ou moins altérables » plus ou moins fragiles, ces pessaires oubliés dans le vagin, y ont maintes fois fait naître des excoriations, des ulcerations profondes, des fistules même, et ils ont nécessité des operations doloreuses et difficiles, pour leur extraction complète (1) ».

A corroborare questo fatto, l'Autore ricorda come un riputato pratico ostetricante, che fa uso d'ordinario dei pessarii globulari di legno di bosso, gli disse averli dovuti alcune volte rompere in pezzi entro la vagina, con forti tanaglie onde poterli levare.

Anche nell'uso di quella forma di pessario che l'Au-

---

(1) *Boivin* et *Duges.* « Traité pratique des maladies de l' uterus ».

tore dice aver sempre considerata come la più sicura e migliore, vale a dire l'anello ovoide di gomma elastica, egli vide originarsi gravi patimenti, per essersi la cervice dell'utero enfiata mentre posava nella piccola apertura centrale dell'istromento, ed in tale misura, che la sua liberazione e la estrazione dell'istromento, fu opera di qualche difficoltà e di considerabile dolore alla paziente.

Un altro male che spesso risulta dalle estese dimensioni del pessario, è la sua pressione contro il retto e la vescica, che intercetta le funzioni proprie di quegli organi, producendo molti inconvenienti, e cagionando talvolta, a motivo di violenti conati, l'espulsione dell'istromento, e perfino la protusione dell'utero stesso.

La maggior parte dei pessarii inelastici hanno di più l'inconveniente che le loro estremità globulari sono così attaccate, da rendere la loro introduzione e l'uscita ancora più difficili.

Segnalati così gl'inconvenienti commessi all'uso dei pessarii, spera l'Autore che si vorranno evitare; guadagnando altresì altri vantaggi col far uso dell'istromento ch'egli viene a descrivere.

È noto che nei casi di prolasso dell'utero, la parte superiore della vagina abbisogna di sostegno tanto quanto l'utero medesimo; ma il prof. *Kilian* è andato un passo più oltre, ed opinò che quest'*ultimo* organo potesse anche negligersi, e che tutto il sostegno meccanico dovesse essere applicato alla parte superiore della *vagina sola*. Egli inventò quindi a quest'effetto un istromento semplicissimo nella sua costruzione, e a cui in un opuscolo recentemente pubblicato su questo argomento diede il nome di « *elythromochlion* » o *sostegno vaginale*.

« Nella sua costruzione (dic'egli) è essenziale che una molla d'acciajo, accuratamente lavorata, delle dimensioni dell'istromento ora mostrato, abbia un'equabile

e solida copertura di gomma elastica, onde possa resistere agli effetti del muco acido della vagina. Generalmente è preferibile che questa molla sia in proporzione molle e pieghevole: ma queste proprietà non devono mai essere a spese della solidità. In questo punto sta in fatto la difficoltà della loro costruzione ». « Si colloca la paziente in posizione orizzontale, e il pratico tenendo l'istromento in posizione inclinata fra il pollice e l'indice, cosicchè le sue estremità si tocchino l'una coll'altra, separa le grandi labbra e lo introduce nel mezzo del diametro transversale della vagina fino alla parte superiore del canale, lasciando *allora* che le estremità si separino per modo da essere in apposizione con esso da ciascun lato della cervice dell'utero, ma senza toccare l'utero stesso. L'arco della molla si sente subito posato sovra l'osso pube ».

Il prof. *Kilian* mostrò al nostro Autore due pazienti dell'ospedale clinico dell'Università di Bona, le quali portavano con sommo loro conforto l'istromento, e lo toglievano o rimettevano da sè con tutta facilità. — Il dottor *Reid* fece quindi fabbricare di tali istromenti a Londra, e ne fece uso in sei diversi casi di abbassamento d'utero.

Trovando peraltro che le sue pazienti accusarono tosto molto dolore nella pelvi proveniente dalla costante e *somma* pressione della molla cagionata dalla sua tendenza a riassumere la sua forma originaria, e corrispondendo questo risultato coll'esperienza del dottor *Baërman*, di Coblenza, e occorsogli anche che in due casi per movimenti subitanei la molla si spezzasse in due al suo arco, modificò l'istromento, armandone le estremità con sughero prima di ricoprirle di gomma elastica, e facendo preparare la molla in istato semi-piegato, onde impedire tutta l'estensione della pressione laterale; se non che questo congegno andò subito fallito non con-

servando l'istromento la sua posizione conveniente nel canale, ed essendo sempre in procinto di uscirne.

L'istromento che finalmente egli comunicò alla Società quantunque in molti riguardi differisca dal *sostegno vaginale* del prof. *Kilian*, riconosce però da quello il suo principio e l'idea.

Il *sostegno dell'utero* trovato dal dott. *Reid* consiste in due molle d'acciajo strettissime alle estremità dove sono congiunte insieme, nel mentre che alle estremità libere sono larghe ciascuna circa di un pollice e tre quarti, convesse esternamente e internamente concave, in modo da potervisi attaccare il sughero per darvi una maggior superficie, e togliere così, coperte che siano di gomma elastica, qualunque orlo acuto. Le due estremità sottili delle molle sono congiunte insieme da un interposto pezzo d'avorio o di legno, in modo da permettere che le estremità più larghe si possano separare l'una dall'altra per l'estensione di due pollici ed un quarto alla superficie *esterna*. Unite insieme queste due estremità più larghe formano una massa comparativamente piccola e da potersi introdurre nell'angusto ingresso del canale vaginale. Entrate che siano nella vagina si lasciano gradatamente separare, e vanno ad applicarsi ad ambo i lati della cervice dell'utero. L'istromento si spinge allora dolcemente in alto finchè la sua estremità stretta è alla vulva, venendo ad alzarsi al tempo stesso anche l'utero.

In un'*altra* forma di questo istromento, vi sono due piccole carrucole fissate alla superficie interna delle estremità larghe delle molle; per queste carrucole passa un'assicella le cui estremità vengono per un'apertura a passare pel pezzo d'avorio che congiunge le molle dove sono assicurate ad un bottone. Tirando questo bottone, le estremità separate dell'istromento vengono più facilmente riunite insieme. Questo congegno rende agevole

l'introduzione dell'istromento, e specialmente la sua estrazione quando è conveniente. Al bottone è attaccato un'ansa, o un cappio di legno d'India, e attraverso di questa si fa passare una benda a T, un nastro, una pezzuola di seta o qualunque altro riparo, assicurata dinanzi e di dietro alla cinghia per maggior sicurezza, quantunque non sempre l'istromento abbisogni di questo soccorso (1).

L'intenzione del sostegno uterino viene forse meglio illustrata dalla sua similitudine con l'introduzione nella vulva di due dita *avvicinate*, le quali introdotte che siano si *separano* e si applicano a ciascun lato della cervice dell'utero in modo da portarlo alla sua conveniente posizione.

L'Autore si lusinga che l'istromento da lui descritto sia tale da adempiere a tutte le condizioni ch'egli ha notate nella prima parte di questa Memoria. La maggior separazione delle due estremità libere quando sono collocate nella parte superiore della vagina è di circa due pollici, locchè è sufficiente al richiesto sostegno, e non presenta un diametro tanto esteso come alcuni dei pessarii a globo o ad anello; ovviando nel tempo stesso agli inconvenienti dell'istromento del prof. *Kilian*.

In alcuni casi si trovò molto giovamento nell'avvolgere mollemente intorno all'istromento della filaccia o un cencio di lino, saturato con qualche lozione anodina o astringente, riuscendo questo modo di applicare tali rimedii molto più efficaci che le temporanea siringatura.

Il dott. *Reid* ci informa avere diverse pazienti le quali portano « il sostegno », con grande loro sollievo, e senza nessuna difficoltà nell'introdurlo e levarlo. Uno di

---

(1) Gl'istromenti furono eseguiti dal dott. *Weedon*, di Hart-Street, Bloomsbury.

questi casi era dapprincipio complicato con retroflessione dell'utero, accompagnato da sommo dolore e da grave alterazione della salute generale. L'utero fu ricollocato nella sua posizione naturale coll'uso dell'istromento proposto dal dott. *Simpson* (1), e ciò fortunatamente in pochi giorni, poichè la paziente non poteva continuare l'uso più a lungo, a motivo dei gran dolori pelvici che cagionava. Levato che fu quell'istromento, si fece uso del « sostegno » e da quel tempo la paziente non sentì più dolore di sorta, e fu in grado di fare tutti i giorni passeggiate di qualche miglio, ciò che da mesi non poteva più fare.

Egli ha altresì fatto uso del « sostegno » con pari vantaggio in altro interessante caso in cui eravi procidenza dell'utero contenente un feto di circa quattro mesi, con *totale* rovesciamento della vagina. L'utero venne ricollocato co' suoi contenuti, l'istromento fu portato per qualche settimana, ed il caso progredì favorevolmente fino al pieno termine della gestazione.

Il dottor *Brouard* ha pure inventato un pessario sovra principii alquanto analoghi a quelli dell'istromento qui descritto. Ne differisce però importantemente in quanto le estremità libere sono collocate *abbasso* in modo da posare sulle superficie interne della vulva, mentre l'anello d'avorio agisce come sostegno dell'utero.

L'Autore termina notando di non avere fatto cenno delle diverse operazioni chirurgiche proposte per l'obliterazione o la coartazione della vagina, onde prevenire efficacemente l'abbassamento dell'utero, presumendo che non si debbano considerare adattati ai casi ai quali

---

(1) Vedi in questo stesso fascicolo la Memoria di *Simpson* sulla retroversione dell'utero, e la descrizione del suo istromento per ridurla.

egli principalmente si riferisce, cioè a quelli che avvengono in donne nell'età della generazione. La contrazione artificiale della vagina e della vulva, quale è proposta da *Fricke*, d'*Outrepont* e *Bérard*, ed i varii metodi presentati in Inghilterra dal dottor *D. M. Hall* e dal dottor *Phylips* e da altri, non sarebbero naturalmente da adottarsi che in quei casi in cui il sotegno meccanico non avesse avuto effetto.

Materiali per le statistiche della malattia valvulare del cuore; con speciale allusione alle affezioni dei diversi orifizii ed ai particolari effetti di certe cause riconosciute; di A. White Barclay.

La presente Memoria non contiene, nè tende a contenere alcun suggerimento pel perfezionamento della diagnosi, se non in quanto possono essere di soccorso le probabilità *a priori*, nè accenna alcun nuovo principio per direzione nella pratica. Essa consiste nella relazione in tavole delle alterazioni necroscopiche di 79 cadaveri in cui fu scoperta maggiore o minore malattia valvulare, col sesso, l'età e la causa della morte dei pazienti, preceduta da alcune osservazioni che si possono considerare come un commentario sul complesso. Fu mestieri di una somma e industriosa pazienza per raccogliere ed ordinare i materiali di un tale rapporto di fatti, atto a riflettere molta luce sulla storia e le relazioni della particolare malattia di cui si tratta. Senza pretendere di dare un adequato sunto o analisi di una Memoria di questo genere, ci limiteremo ad estrarre alcuni dei fatti e delle deduzioni più saglienti che si possono trarre dalle numerose osservazioni qui dettagliate.

Di 419 casi avvenuti in due anni al « St. George's Hospital », in cui fu verificata la condizione degli organi della circolazione, se ne trovarono 79 dettagliati nella tavola, che presentavano varie modificazioni di malattia

valvolare; cosicchè la proporzione nella quale si può presumere d'incontrare queste lesioni in persone morte di qualunque malattia è 18.8 per cento. Rispetto alla frequenza con cui erano affette le diverse valvole, in 36, ossia 45 per cento, lo erano simultaneamente le aortiche e le mitrali, in 26 o 33 per cento le aortiche sole, e in 17 o 22 per cento le sole mitrali.

L'età del paziente mostra di avere una rimarchevole influenza sulla produzione del deposito fibrinoso, poichè nei primi 18 casi in cui l'età variava dai 12 ai 34 anni, essa avvenne in 16, laddove non è notata che cinque volte nei rimanenti 51, in cui l'età era dai 34 ai 79 anni.

L'ateroma al contrario si sviluppa più frequentemente a misura dell'avanzarsi dell'età. Di 113 casi presi dai suddetti 419, in cui lo si trovò o sulle valvole o all'origine dell'aorta, il numero cadente nelle diverse decadi dell'età, dà, comparato col numero complessivo delle morti avvenute nelle decadi corrispondenti — 12 per cento, come proporzione del suo sviluppo fra i 20 e i 30, 21 per cento fra 30 e 40 ed anche fra 40 e 50, 43 per cento fra 50 e 60 ed anche fra 60 e 70, 54 per cento oltre i 70.

In due quinti circa dei casi di ateroma si aggiunge la malattia valvolare, ma in qualche poco più della metà di questi le valvole erano in istato di degenerazione ateromatosa; e non appare dalle investigazioni del dottor *Barclay* che le valvole mitrali siano più che le aortiche soggette a malattia ateromatosa, quantunque una diversa conchiusione sia stata tratta da altri patologi.

La frequenza della simultaneità dell'affezione delle valvole aortiche e mitrali, in connessione a febbre reumatica, è rimarchevolissima. Di 15 casi dei 79, in cui questa esisteva, ve ne erano 13 in cui ambo le valvole erano così affette insieme; e di un'altra serie di 35 casi similmente circostanziata, ve ne erano 20 in cui entrambe

erano implicate. Nei pochi casi rimanenti in cui erano separatamente affette le une o le altre valvole, non appare fra esse distinzione in punto alla frequenza di questo evento. L'ipertrofia, l'ingrossamento e l'atrofia, si trovano egualmente notate come conseguenza di grave lesione delle valvole aortiche e mitrali, e di aderenze del pericardio, e talvolta parrebbero esistere in un grado considerevole di sviluppo, contemporaneamente ad una condizione di valvole per nessun modo proporzionata alle alterazioni muscolari.

La condizione anormale e ammalata del rene è marcata quarant' una volte nella tavola. In 29 casi la malattia era degenerazione granulare; in 5 il rene era voluminoso e chiazzato. È singolare che mentre di 61 casi di rene atrofico, 21 sono coincidenti con malattia valvolare, 5 soli casi di 21 in cui il rene era voluminoso e chiazzato, presentano esempi di affezioni endocardiache; cioè quasi il 50 per cento in una condizione, e appena il 25 per cento nell'altra. E nel confrontare queste due forme di malattia, troviamo che, mentre la contrazione con ingrossamento della valvola esiste in numerosi casi di degenerazione granulare, un solo ed equivoco caso se ne ricorda come coincidente a rene voluminoso e chiazzato; risultato che concorda col fatto che l'endocardite avviene nella prima scevra da complicazioni, e non si trova nell'ultima se non in tali condizioni che pare l'avrebbero sviluppata anche se il rene fosse stato sano.

« Se io fossi, scrive l'A., alcune pagine più innanzi, per abbandonarmi a speculazioni sul veleno del sangue come causa di endocardite, di che si suppone avere esempi nel reumatismo acuto e nella degenerazione granulare, potrei ricercare come avvenga che nell'una l'azione infiammatoria sia così suscettibile di estendersi ad ambo gli apparati di valvole, laddove l'altra non palesa

niuna distinta deviazione dalle ordinarie statistiche che io ho ottenute per tutte insieme le forme di lesione cardiaca? d'onde la suscettibilità ad una ricorrenza di endocardite è dessa derivata, quando non si osservò niuna susseguente affezione delle articolazioni? ovvero perchè negli ultimi stadii della degenerazione granulare, allorchè l'epilessia o il coma contrassegnano la trasmissione del veleno al cervello, trovasi così di rado una infiammazione recente, e sono così costanti i segni di previa malattia? Ma per ora deve bastare accennare a queste come a deduzioni che si possono trarre dalle statistiche qui presentate (pag. 203) ».

Risulta dalle investigazioni dell'Autore che il reumatismo acuto ha qualche influenza, ma non però molta nello sviluppo dell'ateroma, dacchè egli trovò che tutti i casi di malattia di cuore davano una proporzione di 45 per cento di ateroma in generale e di 25 per cento di ateroma delle valvole; mentre le malattie di cuore connesse a febbre reumatica dànno nelle proporzioni corrispondenti 53 e 27 per cento.

Ponendo qui termine alla informazione di una Memoria che deve essere consultata nell'originale onde si possa formare una giusta estimazione del suo valore, ed alla quale dovranno sempre riportarsi tutti quelli che desiderano avere una completa nozione dei soggetti di cui tratta, noi aggiungiamo però le tavole statistiche dei suddetti 79 casi, per quegli studiosi di questa specialità che amassero consultarle per le loro particolari osservazioni e deduzioni.

Num.	Condizione delle valvole: Aortiche	Condizione delle valvole: Mitrali	Età	Sesso	Ateroma dell'aorta quando esisteva	Esistenza precedente di reumatismo acuto	Stato ana del cu
1	Deposito fibrinoso	deposito fibrinoso	12	M.	ateroma	nessuna (?)	dilatato
2	Ingrossate — deposito fibrinoso	ingrossate	12	M.	. .	vecchia febbre reumatica	dilatato - i fiato
3	Fimbrie fibrinose — due sole valvole	. . . . .	14	M.	. .	nessuna (?)	. . .
4	Ingrossate	ingrossate	16	M.	. .	febbre reumatica antica e recente	molto dil
5	Lieve deposito fibrinoso	opache - esteso deposito fibrinoso	17	M.	. .	recente	. . .
6	Piccole fimbrie fibrinose	ingrossate - contratte - deposito fibrinoso calcare	18	F.	. .	antica febbre reumatica	grosso - o
7	Molto ingrossate - ateromatose - ulcerate	deposito fibrinoso	19	M.	. .	nessuna	molto dil lieve ip
8	Ingrossate - rigide	deposito calcare - fibrinoso gelatinoso	22	M.	. .	vecchia febbre reumatica	dilatato - i fiato
9	Opache - fimbrie fibrinose	ingrossate - opache - aspre - deposito fibrinoso	23	M.	. .	vecchia febbre reumatica	molto dil ipertrofi
10	Opache - ingrossate	molto ingrossate - deposito fibrinoso	23	F.	. .	nessuna	ipertrofiat
11	Lieve deposito fibrinoso - granulata	deposito fibrinoso	24	M.	. .	vecchia febbre reumatica	atrofiato
12	. . . . .	deposito fibrinoso - ingrossate	28	F.	ateroma	nessuna	ipertrofiat
13	. . . . .	deposito calcare e fibrinoso - ulcerate	28	F.	. .	nessuna	. . .

alattia valvolare del cuore.

ella pleura e del pericardio		*Stato di malattia dei reni*	*Altre lesioni*	*Causa principale della morte*	*Numero*
mazioni enti	*Adesioni antiche*				
. .	. . . . .	. . . . .	pneumonia (tubercoli) - cervello congesto - rammollito	infiammazione del cervello e dei polmoni	1
ia	pericardiaca	. . . . .	deposito fibrinoso sovra l'endocardio	morbus cordis - idropisia	2
dite pu- ıta	. . . . .	. . . . .	pneumonia - ascessi secondarii nei polmoni - messo in cura chirurgica con infiammazione cellulare	morb. cordis - suppurazione diffusa	3
dite	. . . . .	. . . . .	. . . . .	morb. cordis (morte repentina)	4
dite - lie- eurisia - monia	. . . . .	. . . . .	polmoni congesti	pericardite	5
dite	. . . . .	placca gialla sovra un rene	fegato ammalato (obliterazione dell' apparato secernente) - lieve affezione simile del rene - placca scolorata di qualche profondità.	morb. cordis - itterizia - risipola	6
. .	. . . . .	. . . . .	pneumonia congestiva	morb. cordis	7
. .	. . . . .	. . . . .	deposito fibrinoso sulla membrana endocardiaca - pneumonia	morbus cordis - idropisia	8
dite	pericardiaca	. . . . .	apoplessia polmonare	morb. cordis - congestione dei polmoni	9
ia	pleuritica	granulari	eccessiva congestione di polmoni - tricuspidali grosse	albuminuria - idropisia	10
dite — risia pu- me — umonia)	. . . . .	. . . . .	pneumonia disintegrante - vomica dei lobi inferiori	infiammazione de' polmoni	11
dite	. . . . .	chiazzati - piccoli - sostanza corticale consunta	tubercoli nei polmoni - tricuspidale ingrossata	morb. cordis - albuminuria	12
. .	pericardiaca e pleuritica	chiazzati - ingrossati	pneumonia - malattia di cervello	orina sanguigna - rammollimento del cervello.	13

Num.	Condizione delle valvole		Età	Sesso	Ateroma dell'aorta quando esisteva	Esistenza precedente di reumatismo acuto	Stato anom del cuor
	Aortiche	Mitrali					
14	. . . . .	ingrossate	29	F.	. .	vecchio e recente (?) - febbre reumatica	. . . .
15	Lieve ingrossamento	ingrossate - deposito fibrinoso	30	F.	. .	vecchia febbre reumatica	dilatato - atr
16	Opache - ateromatose - margini fibrinosi	opache ingrossate - deposito calcare - margini fibrinosi - ulcerate	30	M.	ateroma	nessuna	voluminoso pertrofiat grande di zione
17	Lieve ingrossamento	grande ingrossamento - deposito fibrinoso	31	M.	ateroma	vecchia febbre reumatica	dilatato - trofiato
18	. . . . .	molto ingrossate - deposito calcare e fibrinoso	34	M.	ateroma	nessuna (?)	molto dilat atrofiato
19	Lieve ingrossamento	. . . . .	35	M.	. .	. . . . .	dilatato - ad
20	Deposito calcare - due sole valvole	. . . . .	36	M.	. .	. . . . .	dilatato - fiato
21	Ingrossate	molto ingrossate	36	F.	. .	nessuna	dilatato
22	. . . . .	ateromatose	36	M.	ateroma	. . . . .	ipertrofiato
23	Lieve ingrossamento	. . . . .	37	F.	. .	. . . . .	. . .
24	Ingrossate - ateromatose - ulcerate	ingrossate - contratte	37	F.	ateroma	vecchia febbre reumatica	voluminoso pertrofia
25	Ingrossate	. . . . .	37	M.	ateroma	. . . . .	. . .
26	Opache	lieve ingrossamento	37	M.	ateroma	vecchia febbre reumatica	ipertrofiato
27	Ingrossate	. . . . .	39	M.	ateroma	vecchia febbre reumatica	flaccido
28	Ingrossate - depositi fibrinosi - due sole valvole	. . . . .	39	M.	ateroma	nessuna	dilatato - mente ip fiato
29	Lievi depositi fibrinosi	. . . . .	40	F.	ateroma	. . . .	. . .
30	Lievemente opache	. . . . .	40	M.	. .	nessuna (?)	voluminoso molle
31	. . . . .	ingrossate	41	F.	. .	nessuna	adiposo - trofiato
32	Molto ingrossate	. . . . .	42	M.	. .	. . . . .	lievemente trofiato

la pleura e del pericardio		Stato di malattia dei reni	Altre lesioni	Causa principale della morte	Numero
azioni ti	Adesioni antiche				
e-ple-	pleuritiche	. . . . .	pus nelle capsule sinoviali	mortificazione - malattia delle articolazioni	14
e-ple-	. . . . .	. . . . .	deposito fibrinoso sulla membrana endocardiaca - apoplessia polmonare	morb. cordis - idropisia	15
	pleuritiche	. . . . .	polmoni congesti	idropisia - morb. cordis - pleurisia	16
.	pericardiache e pleuritiche	granulari - chiazzati - piccoli	deposito fibrinoso sulla membrana endocardiaca - gran congestione de' polmoni	morb. cordis - albuminuria - idropisia	17
.	pleuritiche	. . . . .	. . . . .	morb. cordis - dilatazione	18
.	pleuritiche	. . . . .	cervello congesto - rammollito - tubercoli ai polmoni	affezione cerebrale	19
.	. . . . .	. . . . .	cervello congesto - pneumonia congestiva	delirium tremens	20
.	. . . . .	lievemente granulari - cistici	polmoni congesti - fegato contratto	morbus cordis - congestione di polmoni	21
purif. nite)	. . . . .	chiazzati - voluminosi	suppurazione cellulare diffusa da ferita	suppurazione - infiammazione secondaria	22
.	pleuritiche	granulari	. . . . .	gangrena	23
.	. . . . .	. . . . .	pneumonia - tricuspide ingrossata	morb. cordis - albuminuria - idropisia	24
.	. . . . .	. . . . .	precedente infiammazione cellulare con condensazione nella coscia - articolazione del gomito ammalata - nessuna storia	suppurazione - inanizione	25
.	pericardiache e pleuritiche	molto granulari - chiazzati - piccoli - cistici	peritonite	morb. cordis - albuminuria - idropisia	26
	pericardiache e pleuritiche	. . . . .	aorta dilatata	morb. cordis - idropisia	27
e pu-	. . . . .	congesti	polmoni congesti - apoplessia polmonare	morb. cordis - congestione di polmoni	28
.	pleuritiche	granulari	cerebro anemico - fluido subaracnoide in poca quantità	albuminuria - paralisi - vomito	29
e — a	. . . . .	grossi - scabri	fegato dilatato	pleuro - pneumonia	30
.	pleuritiche	granulari - chiazzati - piccoli	. . . . .	risipola	31
.	. . . . .	. . . . .	tubercoli ai polmoni	tisichezza	32

Num.	Condizione delle valvole: Aortiche	Condizione delle valvole: Mitrali	Età	Sesso	Ateroma dell'aorta quando esisteva	Esistenza precedente di reumatismo acuto	Stato an del cu
33	. . . . .	molto ingrossate - cartilaginose	43	F.	. .	nessuna	grande ip
34	Ingrossate - ateromatose	. . . . .	43	M	ateroma	nessuna	volumino molto - lieve trofia
35	Molto ingrossate - contratte	. . . . .	44	M.	. .	. . . . .	volumino molto flaccid poso
36	. . . . .	deposito ateromatoso	45	F.	. .	nessuna	adiposo minoso
37	Lievemente ingrossate	ateromatose	45	F.	. .	vecchia febbre reumatica	volumino pertrof lieve zione
38	Ingrossate - ulcerate - due sole valvole	. . . . .		M.	ateroma	nessuna	molto di ipertro
39	. . . . .	cartilaginose - ulcerate - deposito calcare		F.	. .	nessuna	lieve ipe
40	Opache	ingrossate	45	F.	. .	nessuna	dilatato pertrof
41	Abbondanti granulazioni fibrinose	lieve deposito fibrinoso	45	F.	. .	. . . . .	lieve ipe
42	Lieve ingrossamento	. . . . .	46	M.	. .	. . . . .	. . .
43	Lievemente ingrossate	lieve ingrossamento	46	M.	. .	nessuna (?)	dilatato fiato
44	. . . . .	lieve ingrossamento	46	F.	. .	nessuna	piccolo - fia a
45	. . . . .	ingrossate	46	F.	. .	. . . . .	piccolo
46	Lieve ingrossamento	leggiermente ingrossate	47	M.	ateroma	nessuna (?)	ipertrofi
47	Lievemente ateromatose	. . . . .	48	M.	. .	nessuna (?)	dilatato
48	Opache	lievemente ingrossate	48	F.	. .	nessuna	piccolo
49	Ingrossate	. . . . .	50	M.	. .	. . . . .	. . .
50	Ingrossate - ateromatose e depositi fibrinosi	lieve ingrossamento	50	F.	. .	nessuna	dilatato ipertr
51	Lievemente ateromatose	lievemente ateromatose	51	M.	ateroma	. . . . .	dilatato
52	Opache - contratte	. . . . .	51	F.	ateroma	nessuna	flaccido
53	Lieve ingrossamento	. . . . .	53	M.	ateroma	. . . . .	ipertrof
54	Lievemente ateromatose	lievemente ateromatose	54	F.	ateroma	nessuna (?)	dilatato fiato

pleura e del pericardio: ...ioni	pleura e del pericardio: Adesioni antiche	Stato di malattia dei reni	Altre lesioni	Causa principale della morte	Numero
.	. . . . .	molto granulari - cistici	tricuspide ingrossata	morb. cordis - albuminuria - idropisia	33
pu-	. . . . .	. . . . .	deposito fibrinoso sull' aòrta - cirrosi del fegato	morb. cordis - idropisia	34
.	. . . . .	. . . . .	ulcera della gamba durata da trent'anni per lesione - osso ammalato - amputazione	mortificazione del moncone	35
icar-	pericardiache	granulari	fegato contratto - granulare	idropisia	36
	. . . . .	granulari	febbre reumatica sedici anni prima	morb. cordis - albuminuria - idropisia	37
.	. . . . .	. . . . .	apoplessia polmonare	morb. cordis - idropisia	38
neu-	pleuritiche	piccoli - molto granulari	. . . . .	idropisia	39
.	. . . . .	. . . . .	fegato voluminoso - irregolare	morb. cordis - idropisia - ascite	40
—	pericardiache	chiazzati - grossi	epatizzazione grigia dei polmoni	pleuropneumonia	41
nia)	. . . . .	. . . . .	pneumonia congestiva - malattia encefaloide dell'addome	malattia addominale	42
.	pleuritiche	. . . . .	fegato granulare - tricuspide grossa	morb. cordis - leggiera idropisia	43
.	pleuritiche	granulari - piccoli	tricuspide adiposa	morb. cordis - albuminuria	44
.	pleuritiche	. . . . .	fegato contratto	idropisia - itterizia	45
.	pleuritiche	granulari	ingrossamento della membrana peritoneale	idropisia	46
.	pleuritiche	scabri	deposito fibrinoso sull'aorta - malattia delle articolazioni - congestione dei polmoni - supposta gotta reumatica	infiammazione cellulare diffusa	47
.	pleuritiche	granulari - piccoli	tricuspide grossa	morb. cordis - idropisia	48
.	pleuritiche	granulari	. . . . .	sinuosità - indebolim.°	49
	. . . . .	granulari	. . . . .	albuminuria - idropisia	50
.	. . . . .	. . . . .	cervello umido - polmoni congesti - fegato adiposo	delirium tremens	51
.	pleuritiche	adiposi - grossi - cistici - scabri	cirrosi del fegato - peritonite	ascite - albuminuria	52
uri-	. . . . .	granulari	cervello congesto ademido - polmoni molto congesti	ferita al cranio	53
.	pleuritiche	. . . . .	cervello congesto - rammollito - infiammazione di fegato	affezione di cervello	54

Num.	Condizione delle valvole: Aortiche	Condizione delle valvole: Mitrali	Età	Sesso	Ateroma dell'aorta quando esisteva	Esistenza precedente di reumatismo acuto	Stato ar del c
55	Abbondante deposito fibrinoso	deposito fibrinoso	55	M.	ateroma	vecchia febbre reumatica	lieve dil e iper
56	Ateromatose - ossificate	ateromatose - ossificate	55	M.	ateroma	nessuna	dilatato
57	Opache - ateromatose	ingrossate	55	M.	. .	. . . . .	volumin dipos
58	. . . . .	lieve ingrossamento	—	M.	ateroma	. . . . .	grande i
59	. . . . .	ingrossate	55	M.	. .	nessuna	ipertrofi
60	Opache	. . . . .	55	F.	ateroma	. . . . .	lieve di
61	Lievemente ingrossate	. . . . .	56	M.	ateroma	nessuna (?)	dilatato trofia
62	. . . . .	ingrossate	56	F.	. .	nessuna	volum.° molto
63	Lievemente ingrossate	. . . . .	57	M.	ateroma	. . . . .	flaccido esile
64	Lieve ingrossamento	. . . . .	58	M.	ateroma	. . . . .	ipertrof
65	Ateromatose	opache	59	M.	ateroma	nessuna (?)	molto g latat trofia
66	Aspre - ingrossate - ulcerate	lievemente ingrossate	60	M.	ateroma	nessuna (?)	grande
67	. . . . .	ingrossate - cartilagin. - ateromatose - ulcerate	60	F.	. .	nessuna (?)	molto
68	. . . . .	ingrossate - lievemente ateromatose	60	F.	ateroma	nessuna	grosso fiato
69	Deposito ateromatoso condensato	ingrossate	63	F.	. .	nessuna	volumi dipos
70	Deposito calcare condensato	ingrossate	65	F.	ateroma	nessuna (?)	contratt trofia
71	Ateromatose - ossificate	ingrossate	66	M.	ateroma	. . . . .	. .
72	Opache	lievemente ingrossate	67	F.	ateroma	. . . . .	lieve ip
73	Ingrossate	. . . . .	70	M.	ateroma	nessuna	ipertrof
74	Ateromatose	. . . . .	70	F.	ateroma	. . . . .	. .
75	. . . . .	ateromatose	70	M.	ateroma	. . . . .	lieve di ed ip
76	. . . . .	deposito calcare	74	F.	. . .	. . . . .	grosso
77	Leggermente ingrossate	lieve ingrossamento	75	M.	ateroma	. . . . .	dilatato fiato
78	Ingrossate - opache	. . . . .	79	M.	ateroma	. . . . .	ipertrof
79	Ateromatose	. . . . .	—	F.	ateroma	. . . . .	lieve ip

pleura e del pericardio		Stato di malattia dei reni	Altre lesioni	Causa principale della morte	Numero
ioni	Adesioni antiche				
.	pericardiache e pleuritiche	chiazzati - grossi	pneumonia - infiammazione cellulare del collo e del mediastino - congestione di fegato	morb. cordis - pneumonia - diffusa infiammazione cellulare	55
.	. . . . .	congesti	polmoni congesti - apoplessia polmonare - cirrosi del fegato	morb. cordis - idropisia	56
.	. . . . .	molto granulari - chiaz. - piccoli	ulcerazione dell' aorta	empiema - accessi	57
.	. . . . .	piccoli - molto granulari	coagulo apopletico nel cervello	apoplessia	58
pne-	. . . . .	. . . . .	fegato ammalato	idropisia - pneumonia	59
) .	pleuritiche	. . . . .	lieve pneumonia - bronchite purulenta - fegato congesto (ingorgato)	bronchite purulenta	60
(pne-	. . . . .	piccoli - granulari	aorta dilatata - ulcerazione del duodeno - peritonite	morb. cordis - albuminuria - idropisia - peritonite	61
— —	. . . . .	granulari	fegato contratto - granulare	morb. cordis - pleuropneumonia	62
onia) .	. . . . .	. . . . .	pneumonia (tubercoli) - vecchie adesioni peritoneali - vecchia ulcera della gamba	pneumonia - inanizione	63
.	pleuritiche	. . . . .	pneumonia congestiva	mortificazione del piede	64
.	pleuritiche	piccoli - granulari	aorta molto dilatata - ulcerata	morb. cordis - albuminuria - idropisia	65
.	. . . . .	chiazzati - voluminosi	febbre continua con romore cardiaco da 12 mesi - tricuspide ingrossata - gotta (?)	morb. cordis - albuminuria	66
.	. . . . .	granulari - piccoli	fegato granulare	morb. cordis - albuminuria - idropisia	67
.	. . . . .	congesti	. . . . .	morb. cordis - idropisia	68
.	pleuritiche	molto granulari - cistici	fegato contratto	morb. cordis - albuminuria - idropisia	69
.	pleuritiche	granulari	cervello congesto - arteria ammalata	congestione cerebrale	70
.	pleuritiche	piccoli - granulari	ingrossamento del tessuto sub-peritoneale - peritonite - tricuspide grossa	idropisia - ascite	71
.	pleuritiche	granulari - consunti	. . . . .	vomito continuo - albuminuria	72
.	pleuritiche	. . . . .	. . . . .	grande debilitamento	73
.	. . . . .	. . . . .	ossificazione d' arteria	gangrena senile	74
.	. . . . .	. . . . .	arterie coronarie calcari	accesso (collapso)	75
.	pleuritiche	granulari - chiazzati - piccoli	. . . . .	ernia strozzata	76
.	pleuritiche	. . . . .	materia cretacea nei polmoni	frattura del femore	77
.	pleuritiche	. . . . .	aorta dilatata - ulcerata	frattura delle coste	78
umo-	. . . . .	. . . . .	arterie coronarie ammalate	gangrena senile	79

Sull'anatomia e fisiologia del cisticercus tenuicollis; del dott. C. B. Rose.

Il campo prescelto dal dott. *Rose* è tutto particolare e si richiede il sagrificio di un tempo considerevole, e della più minuziosa attenzione per coltivare con successo una scienza come quella della elmintologia. Noi opiniamo che l'Autore abbia veramente fatto un passo progressivo colla descrizione che i suoi studii lo hanno posto in grado di fare di questo interessante idatide, intorno al quale molto già si è scritto. Senza fermarci sulle notizie storiche che servono d'introduzione alle osservazioni contenute nella Memoria, noi indicheremo brevemente, e come meglio sapremo descriverle, tutte le cose nuove che vi sono enunciate.

Dopo avere descritto la struttura del corpo vescicolare e trasparente di questo entozoon, che egli riguarda come consistente di una lamina esterna fibrosa e di una interna granulare, l'Autore procede a parlare della sua proboscide e dei corpuscoli dai quali è dessa circondata, e che egli ha verificato *non* essere uova, ma, come *Gulliver* ha dimostrato, « corpi ovali composti di un tessuto granulare con buccia calcare ». Egli considera la loro funzione come difensiva. La corona di piccoli artigli attaccata a quest' organo, deve, secondo egli opina, essere capace di movimento libero, e la sua funzione debb' essere di agire quale irritante meccanico « con cui solleticare l'interno della cisti vascolare, allo scopo di eccitarla a secernere un pascolo per alimento del suo mittente ». Egli considera che la facoltà assorbente dei succhiatoi sia interamente rifiutata, e che essi in realtà non abbiano un canale conducente all'interno dell'idatide; che, in una parola, siano meramente succhiatoi. Questa opinione è partecipata anche da altri naturalisti moderni. Ma ora siamo ad un punto che ci sembra interamente nuovo. Nell'aprire il corpo vescicolare dell'idatide con

incisione crociata e nel rivolgerne indietro i lembi anteriori, si vede un filamento trasparente, pendente dall' interno della vescica dove comincia la proboscide, e che si può seguitare salendo fino entro alla proboscide stessa. La lunghezza di quest' organo aumenta coll' accrescimento e coll'età dell' idatide, ed è molto forte ed elastico. L'Autore fu abbastanza fortunato di scoprirvi una volta « un aggregato di piccioli, germinanti dalla parte superiore del corpo pendulo », di cui si è detto. Da questo egli deduce che sia desso uno speciale organo riproduttivo, e in conseguenza lo denomina il «*Gemmarium* ». Il dott. *Rose* crede peraltro che molto rimanga ancora ad apprendersi rispetto alla riproduzione o propagazione di questo, non meno che d'altri entozoi cistici; ed è certo che noi siamo perfettamente all' oscuro rispetto al modo in cui possano essere disseminati; cosicchè, come l'Autore osserva, la difficoltà non consiste già nella questione se essi siano generati da uova o da gemme, ma nel modo di uscita dalla loro posizione incarcerata. Egli inclina, peraltro, a credere che possano propagarsi tanto con uova che con gemme. Per ciò che risguarda la nutrizione di questo parassito, il dottor *Rose* estima che il fluido contenuto nella cisti sia la fonte da cui tragga il suo alimento; e suppone che la cisti condensata che circonda questo entozoon quando lo si trova morto, risulti dall' eccesso d' irritazione indotto dalla sua proboscide armata, in cerca di nutrimento.

Le illustrazioni in litografia che accompagnano questa Memoria sono degne della stessa, e la loro accurata esecuzione fa presumere che debbano rendere fedelmente gli oggetti descritti dall'Autore.

Descrizione della dissezione di un cervello in cui il corpus callosum, il fornice e il setto lucido erano imperfettamente sviluppati; del dott. Mitchell Henry.

I lettori delle « Transazioni medico-chirurgiche » deb-

bono ricordarsi che nel Volume XXIX (1) trovasi una descrizione del dott. *Paget* di un cervello che presentava una imperfezione di sviluppo analoga a quella riscontrata nel soggetto della Memoria presente. Tanto il fisiologo che il psicologo sono interessati ad osservare la ripetizione di casi simili tutte le volte che ne viene presentata una fedele relazione rispetto alle alterazioni trovate nell'autossia, ed associate a peculiarità mentali, morali o funzionali. Che noi siamo ancora lontani, ma molto lontani dal possedere dati veramente soddisfacenti per generalizzare sulle funzioni metafisiche del gran centro nervoso, ciò deesi senza esitanza concedere; e ben poca speranza possiamo noi offerire a chi studia l'astrusa scienza della connessione fra la materia e lo spirito, che il caso presente possa col parallelo o col contrasto con quello del dottor *Paget* fornirgli i mezzi di progredire un passo più innanzi. Nel caso del dottor *Henry* i ventricoli erano superiormente scoperti per la metà anteriore della loro estensione, non presentando il corpus callosum più che un pollice e mezzo di lunghezza, e biforcandosi anteriormente per modo da circondare una fenditura di forma pressocchè quadrilatera, per la quale si vedevano i contenuti dei ventricoli laterali e gli intervalli fra i talami ottici, verso il terzo ventricolo; mancava quindi parimenti dalla parte medesima il fornice non che il setto lucido. L'angustia dello spazio non ci permette di dare una più dettagliata descrizione del corso e dell'ordinamento delle fibre componenti i tessuti imperfettamente sviluppati; non mancheremo però dal notare che siccome il soggetto era un trovatello, si ebbe opportunità d'informarsi che era lentissimo ad apprendere, che era inclinato ad addormen-

(1) Ann. univ. di medic., Vol. CXXVI, pag. 594 (1848).

tarsi mentre stava occupato a leggere o a scrivere, e che si mostrava generalmente soprappreso quando venisse interrogato d'improvviso. Egli era peraltro astuto nel fare un negozio e nel numerare e tener conto delle monete. Nel caso del dottor *Paget*, i fenomeni mentali presentavano un notabile contrasto con quelli del presente, poichè in quello la ragazza era vivace, pronta ad agire, ecc., laddove, come si è detto, il fanciullo di cui qui si tratta era lento e stupido. La Memoria è accompagnata da una bella litografia.

Relazione di un caso in cui fu eseguita la gastrotomia per la cura di una ostruzione d'intestini; del dottor Robert Druitt.

James D., giovinetto delicato, d'anni 11, ebbe sulla fine di febbrajo 1848 un attacco d'infiammazione d'intestini. I sintomi erano quelli che si osservano d'ordinario; vale a dire dolore e sensitività (principalmente alla regione ipogastrica destra), vomito e stitichezza; questi sintomi cedettero prontamente sotto i rimedii consueti, quali sono le mignatte e i fomenti, calomelano e polvere di *Dower* in piccole ripetute dosi, e susseguentemente olio di ricino e clisteri.

Ma al 1.° d'aprile, giorno di sabbato, venne l'Autore chiamato di nuovo a visitarlo, trovandosi il fanciullo affetto da brividi, dolore addominale e vomito di materia verdognola e acida. L'orina era scarsa e irritante, la lingua arida, e il polso rapido. Egli aveva nel giovedì precedente sofferto freddo e stanchezza.

Si tornò ai rimedii di prima, ma col medesimo successo. Il dolore e la sensitività si moderarono alquanto sotto l'uso delle sanguisughe, delle poltiglie di crusca, del calomelano e della polvere di *Dower;* ma il vomito continuava, e lo stomaco rigettava qualunque cosa venisse inghiottita fuorchè il calomelano, e qualche poco

di soda-water e di latte. Anche il ventre era ostinatamente stitico. L'olio di ricino veniva rigettato, ed i clisteri non portavano fuori che piccolissimi frammenti di materia feculenta. Al mercoldì 5 aprile escì una massa di muco incolore; ma dopo questo non v'ebbero più evacuazioni di sorta, e l'ultima vera evacuazione datava fino dal giovedì 30 marzo.

Sotto l'uso di mezzo grano di calomelano al giorno e mezzo grano d'oppio la notte, e non inghiottendo che pochissima quantità di liquido per volta, il vomito era cessato, ma continuava la stitichezza. Il ventre era teso, ma non così sensibile, e i dolori erano ad intervalli. Il paziente diceva di sentire una *gonfiezza a sinistra sotto l'ombellico*, mentre il luogo dove principalmente accusava dolore era *al disotto ed alquanto a destra dell'ombellico.*

All'otto d'aprile l'Autore credette opportuno tentare eziandio piccole dosi di colloquintide. Ma queste portarono di nuovo il vomito; e le materie rigettate consistevano in un liquido giallo con forte puzzo stercoraceo. Consultato il dì seguente il dott. *Peregrine* si convenne di abbandonare i purgativi, limitandosi a piccole dosi d'oppio per mitigare il dolore e l'irritazione. Parve migliorare; ritenne qualche pò di latte, di vino e di soda-water. La lingua era più netta, e rossa all'estremità ed ai margini. Polso 90, debole. Esaminando l'addome, si riconobbero i contorni dello stomaco disteso nell'epigastrio; sotto, e parallelo a questo una ansa d'intestino disteso; sotto a questo e a sinistra, un'altra. Il paziente seguitava a segnare il punto a destra sotto l'ombellico come sede del dolore. Il dottor *Druitt* si convinse che ci dovesse essere a quel punto qualche ostruzione d'intestini, prodotto forse da adesioni conseguenti alla sofferta infiammazione: ma lo stato miserabile del paziente sconfortava dal pensare ad una operazione.

Verso il 12 d'aprile esso era nello stato di prima, ma alquanto rimesso in forze, con occhio più lucido, intelletto svegliato, polso da 80 a 90 e meno debole: riteneva, senza vomitare, alcun poco di crosta di pane immollato e di vino. Orina limpida e copiosa; lingua più netta e lievemente aftosa; corpo emaciato; aveva accessi di dolori colici susseguiti da prostrazione; questi si calmarono con vino e con pillole di sapone ed oppio.

Continuando il paziente nello stato medesimo, si discusse nel giorno 13 fra il dott. *Druitt* e il dott. *Peregrine* sulla misura da prendersi. I purgativi riproducevano il vomito, i clisteri non producevano effetto. Rimaneva o di lasciar morire il paziente tranquillamente, o di tentare una operazione chirurgica. Il lieve miglioramento incamminato da quattro giorni, il luogo definito che esso indicava come sede del dolore, e dove si poteva sperare rinvenir tosto l'ostacolo meccanico che potesse esistere, facevano propendere per l'operazione, ed i genitori informati essere questo l'unico mezzo in cui rimanesse qualche speranza, diedero nel seguente giorno il loro assenso.

La camera fu portata ad una buona temperatura, il paziente evacuò la vescica di mezza pinta d'orina sana; e il dott. *Druitt* eseguì sulla linea alba una incisione di circa due pollici e mezzo fra l'ombellico e il pube, incidendo cautamente nel peritoneo. Aperto questo e non trovatolo aderente agl'intestini, si introdussero le dita al luogo indicato dal paziente; e dopo avere separate alcune leggiere e molli adesioni, si giunse ad una distinta fascia che passava strettamente sovra una porzione d'intestini. Dilatata la ferita fino a quattro pollici d'estensione, si cercò di mettere in vista il corpo costringente; era desso una fascia—levigata, con denso inviluppo peritoneale, di tessuto serrato, e che pareva essere o una produzione anormale, ovvero un'antica ade-

sione. Era della lunghezza di circa tre quarti di pollice, passava da una piega d'intestino all'altre comprimendo sott'essa una porzione d'intestino. Stava l'operatore per separarla, allorchè rimase interdetto vedendo versarsi dal fondo dalla cavità peritoneale uno sgorgo di materia fecale, complicazione che fece giudicare disperato il caso. Cercando l'apertura per la quale scaturiva questa materia, si rinvenne un' apertura ulcerata scoppiata in quel momento, e che venne assicurata con un ago e legature; ricollocati quindi gl'intestini, si chiuse la ferita con suture, cerotti adesivi e suture.

Ma il paziente andò languendo dopo l'operazione, e morì entro due ore e mezza.

Autossia. — Al sabbato 15 aprile il dott. *Druitt* esaminò il cadavere alla presenza del dott. *Peregrine* e del dott. *Goodwin.*

Aperta la cavità peritoneale, si trovarono traccie evidenti d'infiammazione, che doveva avere già da tempo affetti i visceri dal lato destro. L'omento dal lato sinistro non arrivava ad un pollice sotto la gran curva dello stomaco: dal lato destro discendeva quasi fino al legamento di *Poupart* ed era connesso da molli adesioni cellulari superiormente al peritoneo e posteriormente al colon ascendente. Adesioni simili connettevano la superficie convessa del fegato alla adiacente superficie peritoneale. La vescica del fiele, la quale era molto distesa, era connessa da lunghi e molli legamenti cellulari al colon ascendente. Avendo poscia scoperto che la parte superiore della cavità addominale era occupata dallo stomaco che era molto disteso, ed il rimanente dalle circonvoluzioni degl'intestini tenui, essendo l'arco transversale del colon affatto contratto, e giacente dietro la gran curvatura dello stomaco, si procedette ad un più minuzioso esame degl'intestini. Il retto, il colon discendente, transversale ed ascendente erano pallidi,

contratti, perfettamente vuoti. Eravi un tessuto di minutissime e molli aderenze cellulari circondante il caput coli e l'appendice vermiforme e gli ultimi due o tre pollici dell'ileo. La porzione terminale dell'ileo era per l'estensione di circa venticinque pollici altrettanto pallida, contratta e vuota che il colon; ma tutto il rimanente dell'ileo e il jejunium fino al duodeno erano rossi, enormemente distesi e pieni di materia feculenta liquida e gialla. Il punto di separazione fra la porzione contratta e la distesa era ben distinto e brusco. In due punti dell'ileo, uno a dodici pollici superiormente alla porzione contratta e l'altro circa altrettanto più alto nel canale; si trovarono i resti della fascia costringente, stata tagliata nell'operazione. Ad una parte, dove probabilmente era stata recisa la fascia più larga, gl'intestini avevano l'apparenza come se vi fosse stato divelta una porzione di peritoneo. In due o tre luoghi ivi presso, l'intestino era spalmato da lievissima effusione di linfa. L'ulcera scoppiata durante l'operazione era situata nell'ileo non lontana dalla adesione inferiore della fascia divisa, e in immediata vicinanza eranvi due o tre altre placche ulcerate. La membrana mucosa era intorno ad esse condensata, ma esternamente non vi erano adesioni.

Il fegato ed i reni erano abbastanza sani. Il petto e la testa non vennero esaminati.

L'Autore crede che questo caso sia proprio a mostrare la possibilità di formare una diagnosi abbastanza corretta della situazione di una ostruzione negl'intestini, e ad indicare il modo di raggiungerla e toglierla senza grave difficoltà. Egli è persuaso che se l'operazione si fosse eseguita una settimana prima, l'ulcerazione non avrebbe progredito tanto, e che il risultato avrebbe potuto essere più felice. Ma sgraziatamente il caso non si annunziò che con sintomi puramente infiammatorii, e

stante che il paziente erasi per allora ristabilito da un attacco apparentemente simile, la stitichezza non si è creduta che un ordinario accompagnemento dell'infiammazione; e non fu che dopo mitigati i sintomi infiammatorii che si fecero palpabili quelli di una ostruzione meccanica. (*Sarà continuato*).

Della presenza del manganese nel sangue, e dell'uso di questo metallo nelle affezioni cancerose e clorotiche; del dott. Hannon.

Riportiamo le parole dell'Autore: « V'ha un metallo, il manganese, che non venne mai usato in medicina e che si trova dappertutto in unione col ferro. Codesti due corpi, entrambi assai diffusi, hanno proprietà affatto analoghe. Dimandasi, perchè non produrrebbero eziandio sull'economia effetti press'a poco identici. Io pertanto mi proposi di farne esperimento alla prima occasione che mi si fosse offerta: e così feci. Nell'ottobre 1847 fui consultato dalla signora R—, ammalata di cancro. Era povera, ed era stata abbandonata dal suo medico. Volli far prova del protoioduro di manganese. Le amministrai questo medicamento per molti mesi, duranti i quali non scemarono i suoi sofferimenti, ma, notabile cosa, affatto scomparve la anemia compagna della affezione cancerosa, e si dissipò compiutamente la tinta giallo-pagliarina della cute. Indi le diedi oppio insieme ad estratto di cicuta; in seguito a che essa si credette guarita perchè non soffriva più, e si sen-

tiva più forte. I dolori lancinanti che tratto tratto ricomparivano, davan segno che la guarigione non era che illusoria. Anche presentemente qualora l'ammalata cessa di prender oppio i dolori tornano: la tinta giallo-pagliarina della pelle non è più ricomparsa, sebbene l'ammalata abbia dismesso l'uso del manganese.

Per conoscere gli effetti del manganese, amministrai a molti animali questa sostanza allo stato di protocarbonato perfettamente puro, come si suole amministrare il protocarbonato di ferro; e nel confezionare la massa per le pillole di *Blaud* sostituii il solfato di protossido di manganese puro al solfato di ferro, e feci prendere le pillole così composte al modo stesso come le pillole di *Blaud*. In capo a poco tempo, tutti i miei anemici ripigliaron colore, le labbra si fecer vermiglie, le congiuntive perdettero il lor pallore, e disparve il soffio cardiaco. Non avrei conseguito miglior risultato adoperando il ferro.

« Cotesti sono i fatti osservati da me. Nel sangue ci sarebbe per avventura del manganese in unione col ferro? chiesi a me stesso; e non vi ha forse certe anemie prodotte dalla mancanza di manganese in esso sangue? — La mia congettura era confermata da che vi ha clorosi le quali non si guariscono punto coi ferruginosi, e che il manganese in questi casi non fallisce: dunque codeste clorosi derivano da mancanza di manganese nel sangue.

« Stavo appunto per occuparmi di analizzare il sangue (gennaio 1848) allorchè fui informato che

appunto in que'dì il sig. *Millon* aveva presentato all'Accademia delle scienze di Parigi (1) un lavoro sul sangue umano nel quale è annunciato che il sangue contiene costantemente silice, manganese, piombo e rame. Questi corpi si fisserebbero, secondo *Millon*, nei globuli col ferro, e tutto lo indurrebbe a credere che essi partecipino come il ferro alla organizzazione e alla vita ».

Avendo il dott. *Hannon* confermato, mercè nuove analisi, le cose dette da *Millon*, ha creduto, postochè il sangue umano contiene manganese, di modificare nel seguente modo la formola delle pillole di *Blaud*:

Solfato di ferro cristallizzato .	grammi	400
solfato di manganese puro . . .	»	100
carbonato di soda puro	»	580
miele.	»	300
sciroppo di zuccaro	»	q. basta.

Da dividersi la massa in pillole da 10 centigrammi ciascuna. Dose: due a dieci pillole al giorno, nella clorosi. (*Presse médicale Belge*, janvier 1848).

Alla proposta di *Hannon* di far uso del manganese nella terapeutica giovi soggiugnere che il manganese venne adoperato internamente da *Schrodter* nelle febbri infiammatorie, da *Brera* contro la diarrea atonica, e da *Jacques*, il quale è riuscito a guarire epilessie non provenienti da lesione organica. Finora però venne usato principalmente con miglior

(1) Ann. univ. di med., Vol. CXXVI, pag. 447 (1848).

esito all' esterno sotto forma di unguento nel trattamento delle malattie cutanee. Nella storia terapeutica del manganese mancano però ancora le prove sufficienti, essendovi finora dovizia di asserzioni. Le prove tentate furono dirette da principii teoretici, dalla chimiatria, e a dir vero anche le prove del dottor *Hannon* non sono meno conseguenza di siffatte vedute chimiche. Gli antichi appoggiavano la loro proposta sulla copia grande di ossigeno che l' ossido di manganese reputavasi capace di fornire alla economia viva; *Hannon* appoggia la propria sulle moderne risultanze ematologiche. L' esito sarà migliore? Quando i fatti saranno confermati, e il numero sufficiente per aquietare l' animo del pratico, giudicheremo.

Traité d'anatomie pathologique, etc. — *Trattato di anatomia patologica generale; di* J. Cruveilhier. *Tomo I.°, in-8.°, di pagine 735. Parigi, 1849, presso Baillière* (1).

Il libro è dedicato a *G. Dupuytren*, la cui munificenza, con un generoso legato, dotò la Facoltà di medicina di Parigi d' una cattedra d' anatomia patologica, sulla quale ha collocato a maestro il *Cruveilhier*, cultore indefesso e per molte opere già noto al mondo medico.

---

(1) Estratto comunicato dal sig. dott. *Angelo Dubini*.

Nelle considerazioni generali, che formano il proemio dell' opera, ci dice che l' *anatomia patologica* è la scienza dell' organizzazione morbosa, che si estende tanto ai vegetabili, quanto a tutti gli animali. L'Autore, limitandosi a quella sola dell' uomo, perchè quella che abbraccia tutti gli esseri vegetabili ed animali non è ancora construtta sopra solide basi, la distingue in *generale, applicata* e *topografica*.

L'*anatomia patologica generale* studia e coordina le lesioni morbose senza farsi carico delle malattie cui sono dovute, ed è perciò una scienza a parte, avente i suoi fatti, le sue leggi, la sua lingua, il suo metodo; è la *scienza delle specie anatomiche morbose*. Ma *l' anatomia patologica applicata* che studia le specie morbose nei loro rapporti colle malattie, ossia colle cause, coi sintomi e colla cura, è quella che più attrae colla sua utilità, le nostre simpatie, che si può considerare come una medicina pratica la cui prima parte si fa nell' anfiteatro e la seconda nella clinica.

L'*anatomia patologica topografica* giova soprattutto la diagnosi per esclusione, studiando tutte le lesioni che si verificano in una data parte indipendentemente dalle loro affinità e discordanze.

Qui l'Autore parla dei rapporti intimi tra questa scienza e l'*anatomia normale*, la *fisiologia*, la *chirurgia*, la *medicina*, la *chimica*, e dell' importanza della scienza che tolse a trattare.

La teoria dei *vitalisti* e degli *organicisti puri* de-

ve, secondo l'Autore, unirsi a comporre la dottrina *organo-vitalistica*. Infatti in ogni malattia febbrile avvi: 1.° un diagnostico ed una terapia dello stato locale: ed è l'anatomia patologica che lo stabilisce; 2.° un diagnostico ed una terapia dello stato generale: ed è l'osservazione clinica che ne è la base. Ora in alcuni casi lo stato locale è tutto, come nei vizii organici; in altri lo stato generale è tutto, come nelle febbri eruttive e intermittenti. Ed è di questi ultimi casi che si giovarono i detrattori dell'anatomia patologica, adducendo che non per essa *Torti* ha scoperto lo specifico antifebbrile, che altri trovarono quello delle malattie veneree, che *Jenner*, senza lo studio delle pustole vajuolose, concepì l'idea della vaccina, che *Ippocrate*, *Baillou*, *Sydenham*, *Baglivi*, *Boerhaave*, *Stoll* si resero immortali nelle malattie di genio epidemico, senza le ispirazioni dell'anatomia patologica.

Ma all'anatomia patologica non si deve chiedere più che non possa dare; e allora ella sarà utile e sicura guida anche al clinico. Ella gli indica ove è il male, e studiandolo nella sua natura spiega molti fenomeni, e gli stessi segni della percussione e dell'ascoltazione. Talvolta la sede è ciò che più importa al pratico. Il piloro è ristretto; gli alimenti passano difficilmente; poco importa che la ristrettezza sia dovuta ad una cicatrice od una massa cancerosa: tutta la questione è della sede dello stringimento. Altra volta la natura è quella che governa la terapia. Un tumore è all'inguine. Quale ne è la natura? E un'er-

nia, un ascesso per congestione, una ghiandola intumidita, una varicosità, un aneurisma? L'anatomia patologica fa conoscere ancora le *cause organiche* della malattia, e con ciò diviene la fonte della così detta *eziologia organica*. Una semplice briglia cellulosa può essere causa di strozzamento intestinale; un vizio cardiaco è causa organica di dispnea, di anasarca; i tubercoli sono causa organica di tisi, ecc. Ma qui l'Autore avverte saggiamente di guardarsi dall' avere una semplice coincidenza per una derivazione subordinata.

Ancora quando la febbre precede di uno o più giorni la malattia locale, è questa pur sempre quella che misura l'intensità del male. E ciò è tanto vero che i medici in luogo di dire *febbre pneumonica, febbre erisipelacea,* dicono *pneumonite, risipola,* ecc. Tuttavia in molti casi la lesione organica è insufficiente, e l'anatomia patologica non lo ignora; anzi, facendoci essa sola conoscere questi casi, ci conduce al *vitalismo* dal quale aveva sembrato allontanarsi. Essa, ben lungi dall' escludere l'osservazione clinica, la depura, la dirige, la perfeziona, la rende più severa, la fornisce di nuovi elementi pel diagnostico e per la cura, e non le è forse mai tanto utile, che quando non discopre nelle lesioni materiali cause sufficienti di morte; essa è la clinica dei casi infelici.

Parte I. — *Anatomia patologica generale.*

Esistono specie morbose in anatomia patologica così distinte e naturali come le specie zoologiche.

Esse sono identiche, qualunque ne sia la sede o la struttura del viscere in cui si sviluppano, e formano la legge; mentre le varietà speciali dovute all' organo malato formano l' eccezione. *Bichat* disse invece che « ciascun tessuto aveva le sue lesioni », e non eccettuava che l' *infiammazione* e lo *scirro* come lesioni comuni a tutti i tessuti. È vero tuttavia che ciascun tessuto ha le sue affinità morbose. Nelle lesioni è duopo cercare il *punctum saliens*, ossia il primo viluppo, per seguirle poi fino alla maturità della specie, per non cadere nell' errore ben noto degli antichi naturalisti che fecero del girino e della rana due specie distinte.

Ma per trovare i primordii delle lesioni bisogna aver ricorso agli esperimenti sugli animali, e riprodurre in essi le specie morbose. L' esperimentazione ha già mostrato d' importante, che difficilmente si può produrre la febbre se non si guasta il sangue colle injezioni di sostanze eterogenee nelle vene, e con ciò ha portato di nuovo sulla scena medica un umorismo razionale che servì alla spiegazione dell' infezione purulenta.

L' associazione di un certo numero di lesioni si fa con certe leggi, sotto le quali entrano tutte le *specie morbose composte* e le *alterazioni consecutive*. Così l' infiammazione (specie semplice) se mette radice in un tessuto canceroso (specie composta), lo esulcera, lo ammollisce, lo gangrena (alterazioni consecutive).

Le specie morbose non si trasformano le une nelle

altre. L' opinione che un tessuto morboso per flogosi lenta o acuta possa degenerare in cancro, è falsa. Il cancro è sempre tale fino dalla sua origine. Le trasformazioni del tessuto cellulare in fibroso, cartilagineo, osseo, sono possibili: ma non sono vere trasformazioni, sì bene gradi di sviluppo.

Una lesione morbosa può considerarsi come un' immunità quanto alle altre specie di lesioni. Questa legge discende dall' altra, della non trasformazione di una specie patologica in un' altra. I corpi fibrosi dell' utero, per esempio, sono un' immunità contro il cancro, ma questa immunità non è propria che degli stessi corpi fibrosi, e non della sostanza uterina sana che l' approssima.

Dall'osservazione che le lesioni organiche risultano da materie eterogenee deposte nei tessuti viventi, ne nascerebbe un' altra legge: che cioè *questi tessuti sono inalterabili per sè stessi.*

Un'ultima legge, che è insieme fisiologica e d' anatomia patologica, è la seguente: la sede immediata di ogni nutrizione e di ogni secrezione morbosa è riposta nel sistema capillare.

Classificazione delle specie d' anatomia patologica.

In questa classificazione si sarebbero potuti seguire tre ordini: quello anatomico; quello delle malattie o nosografico; e quello delle lesioni materiali considerate in sè stesse. L'Autore seguì l' ordine fisiologico o degli apparecchi per la parte d' anatomia

patologica detta applicata, e l'ordine anatomico per la topografica; parlando successivamente nel primo ordine delle lesioni dell' apparato digestivo, del respiratorio, del circolatorio, ecc. Eccone i gruppi e le classi.

Gruppo 1.° Lesioni di continuità	Classe 1.ª	Soluzioni di continuità.
	» 2.ª	Adesioni.
» 2.° » di contiguità	Classe 3.ª	Lussazioni.
	» 4.ª	Invaginamenti.
	» 5.ª	Ernie.
	» 6.ª	Deviazioni.
» 3.° » di canalizzazione	Classe 7.ª	Corpi stranieri.
	» 8.ª	Stringimenti ed obliterazioni.
	» 9.ª	Dilatazioni.
» 4.° » di nutrizione	Classe 10.ª	Ipertrofie ed atrofie.
	» 11.ª	Metamorfosi e produzioni organiche analoghe.
» 5.° » di secrezione	Classe 12.ª	Idropisie e flussi.
» 6.° Emorragie . . .	Classe 13.ª	Emorragie traumatiche e non tramatiche.
» 7.° Gangrene . . .	Classe 14.ª	Gangrene.
» 8.° Lesioni infiammat.	Classe 15.ª	Infiammazioni.
» 9.° » strumose	Classe 16.ª	Tubercoli e scrofola
» 10.° » carcinomatose	Classe 17.ª	Cancri.

Classe 1.ª *Delle lesioni di continuità.*

Divisione o separazione di parti naturalmente continue. Questa classe si divide in tre sottoclassi: 1.° soluzioni traumatiche o da ferita; 2.° da causa interna; 3.° congenite.

Le prime si fanno o per ferita, o per contusione, o per escarificazione, o per rottura, o per frattura.

Genere 1.° Ferite.

La ferita è in contatto coll' aria e può essere dovuta ad un corpo *pungente, tagliente* o *contundente.*

La ferita da *istrumento pungente* può essere o non essere penetrante. In questo secondo caso è per lo più innocua; esempio ne sia l' ago-puntura che si praticò fino al cuore, al fegato. L'Autore però osserva che un ago anche acutissimo, se viene infitto nel midollo spinale, produce convulsioni e morte. Dell' innocuità generale delle ferite da punta, seppero trar partito gli ortopedici per i loro tagli sottocutanei dei tendini. Ma pure anche le punture sono talvolta seguite da lesioni di vasi, dal tetano, dalla flogosi con istrozzamento dei tessuti, da penetrazione in cavità, ecc. L'Autore trovò in un giustiziato un ago che attraversava il ventricolo sinistro del cuore, senza poter scoprire da qual parte fossevi penetrato.

Le ferite da *istromento tagliente* sono le più semplici ed accessibili all' occhio fino al fondo. L' istromento il più tagliente divide premendo e strisciando e non già a sega. I rasoi non offrono neppure al microscopio quella serie di denti che sono detti avere; l' Autore se n' è convinto con proprie osservazioni, ed io pure fui sorpreso una volta di non vederne punto, mentre esaminava il tagliente di un rasojo al microscopio.

Le ferite da *istromento contundente,* si devono distinguere dalle *contusioni,* le quali lasciano intatta

la pelle. Nelle prime si osserva alla cute una disorganizzazione o un' escara. Si credeva un tempo che nelle ferite d' arma da fuoco l' escara provenisse da bruciatura; ma *Pareo* mostrò che il grado di calore che rendesse una palla capace di cauterizzare i tessuti, la farebbe entrare in fusione. Talvolta non danno sangue che alla caduta dell' escara, tal' altra, ma più di rado, lo danno immediatamente.

Genere 2.° Contusione.

È una soluzione di continuità sottocutanea e quindi non in contatto dell'aria. Può essere diretta, o per contraccolpo, o per commozione. Questa si esercita e sui corpi più molli, come il cervello, e sui più duri che sono anche i più fragili. Per una caduta sulle tuberosità ischiatiche o sulle estremità inferiori tese, l'Autore trovò talora delle crepature al fegato, alla milza e nei reni.

Il diagnostico delle contusioni, dei visceri specialmente, è sempre, se non indeterminabile, assai difficile. Si vide talora, dopo settimane, svilupparsi dei fenomeni cerebrali, dopo una contusione al capo che pareva di nessun momento; così per contusioni al ventre si ebbero casi di crepatura di milza, di lacerazione delle intestina, di ematuria da lesione dei reni, di rottura dello stomaco.

L' effusione sanguigna che ne segue può farsi per infiltrazione (contusione capillare), o per raccolta. Le ecchimosi cutanee sono esse pure contusioni. Le sotto-periostiche danno luogo ad essudazione di fo-

sfato calcare e quindi ad esostosi traumatiche, che poi svaniscono o da sè, o mediante la compressione. Nelle contusioni con raccolta sanguigna che sia situata sopra una grossa arteria, il tumore è talvolta pulsante e può simulare un aneurisma.

In grado maggiore, la disorganizzazione dei tessuti profondi è tale, che non può aver luogo la guarigione senza formazione e distacco di un' escara; ciò che avviene quando i pezzi fratturati di un osso lacerano dal di dentro le parti molli. Nelle contusioni da palla di cannone la gangrena è immediata.

La potenza di assorbimento, osservabile sempre nelle contusioni anche con fuocolajo sanguiguo, deve trattenerci dall' aprirle immediatamente, qualunque ne sia l' estensione. Talora però la contusione per suppurazione locale ed assorbimento del pus, reca con sè l' infezione purulenta con febbre, stupore, itterizia, ecc.

Genere 3.° Fratture.

Se vi può essere contusione senza fratture, non può però darsi frattura senza contusione, quando almeno è da colpo diretto. Gravi soprattutto sono quelle accompagnate da ferita delle parti molli, per la penetrazione dell' aria. Nelle fratture alcuni punti salienti e più duri vengono a penetrare per gonfosi nella parte spugnosa del frammento meno resistente. Vi hanno spesso delle scheggie libere o aderenti per il periostio. Nel cranio si osservano delle fratture incompiute, sì che una lamina sola viene ad

esse fratturata. Anche nelle ossa lunghe, in soggetti giovani, succede talora che l'osso si rompa alla sua convessità, mentre resta ancora intatto dalla parte della concavità che si è formata durante un contraccolpo, ed in tal modo l'osso resta piegato.

Le fratture doppie ossia in due punti, ed operate da una stessa causa fratturante, sono impossibili. L'Autore non ammette vere fratture longitudinali nelle ossa lunghe, e dichiara che i casi finora conosciuti non erano che fessure a stella da colpo esterno.

Gli spostamenti talora non avvengono perchè mancano le cause che li producono, come al cranio ed alla parte superiore della tibia, e talvolta perchè un anello del periostio tiene in sito i frammenti, come in certe fratture di coste o della clavicola. Cause di spostamento sono il colpo continuato, il peso del corpo o del membro, i movimenti impressi all'arto, una cattiva attitudine, la direzione e sede della frattura; e, tra le attive, la contrazione muscolare. Tra i frammenti si effunde talora del sangue in guisa da simulare un aneurisma, e tal'altra per gangrena da interna lacerazione di parti molli si sviluppa un enfisema locale anche quando la cute non è lesa.

Una frattura ancor che grave può guarire con facilità, se lesa non è la cute; e ciò perchè la penetrazione dell'aria fa sì che il sangue raccolto putrefi, e divenga suppurativa una flogosi che sarebbe stata altrimenti adesiva: e allora seni, necrosi, ecc. La secrezione del pus, nel punto ove si fa, esclude quella della materia del callo.

Distacco delle epifisi.

Non si danno che nei fanciulli; ma come la riunione delle epifisi si fa in epoche diverse, così la possibilità del loro distacco si deduce dallo studio di queste epoche che variano secondo le ossa. Nel feto che nasce putrefatto, molte epifisi sono scollate. Gli esperimenti fatti in proposito sui cadaveri di bambini provarono la difficoltà somma di ottenere un vero distacco delle epifisi, senza frattura.

Genere 4.° Rotture.

La causa delle *rotture* è la distensione o la trazione in senso opposto, e la dilatazione oltre misura, quando si tratta di un organo cavo. Il capo nell' idrocefalo, lo stomaco nei restringimenti del piloro, l'occhio nell'idroftalmo, danno un'idea della forza di dilatazione. Ma perchè avvenga la rottura è necessario che brusca sia la distensione, se in ispecie gli organi cavi sono sani. Per le parti fascicolari la contrazione dei muscoli può cagionare la rottura delle ossa, dei tendini e degli stessi muscoli che si contraggono.

Nella lussazione evvi rottura compiuta di alcuni legamenti, nelle storte non si rompono che alcune fibre, ciò che è provato dalle dissezioni e dalle ecchimosi che sempre accompagnano le storte.

Se romponsi i tendini, la rottura non si fa ai loro attacchi colle ossa o coi muscoli, ma nel mezzo o più presso all' inserzione dei lacerti muscolari.

La rottura dei muscoli ha spesso luogo nella lussazione e per effetto di contrazioni muscolari violente. La rottura in quest' ultimo caso avviene durante la contrazione, mentre i muscoli antagonistici vorrebbero distendere il muscolo che si rompe. Tale è il caso della rottura del diaframma negli sforzi del vomito nell'uomo e negli animali da tiro che morirono sotto i colpi di frusta del carrettiere (*Peyrilhe*). Certe lombaggini e certi torticolli subitanei e dolorosissimi, sono forse la conseguenza di rotture muscolari.

Le contrazioni muscolari possono rompere, come è noto, la rotella, il calcagno e l' olecrono; ma alcuni fatti men noti proverebbero che anche le ossa lunghe possono rompersi per questa causa, senza previo ammollimento o carie.

I nervi possono rompersi nelle lussazioni o nelle trazioni per rimetterle, sì che i muscoli cui vanno restano poi paralizzati. In qualche caso, per forti trazioni, i nervi si staccarono, alla loro origine, dal midollo spinale, colla morte del soggetto. (*Flaubert*).

Le rotture delle arterie si fanno per trazione e per dilatazione. Per trazione succedono nelle piaghe per strappature e nelle lussazioni, specialmente di quella del cubito in avanti. Le rotture per dilatazione avvengono solo quando l'arteria è alterata o quando, sana del resto, offre un'insolita fragilità. Ciò appunto avviene negli aneurismi dissecanti, di cui ho dato io stesso un caso memorabile nella « Gazzetta medica », ed altri furono pubblicati dal professore toscano *Burci*.

Più difficilmente si rompono le vene, per la loro grande estensibilità in tutti i sensi. Si hanno però esempi di rottura della cava inferiore per uno sforzo straordinario, e di ematoceli sanguigni della vaginale, avvenuti per isforzi nel sollevare un peso o durante la defecazione.

Le rotture dello stomaco tanto frequenti nei ruminanti e nel cavallo per lo sviluppo di gas, sono rarissime nell'uomo quando lo stomaco non è leso. La vescica, se sana, non si rompe per soverchia distensione, e se l'uretra è pure sana, si dilata insieme alla vescica, e ne nasce l' enuresi per rigurgito (iscuria paradossa); se poi l' uretra ha uno stringimento, si rompe al di dietro di questo.

Le rotture guariscono comunemente per adesione, perchè non in contatto dell'aria. Ma le storte neglette, sono degne di studii per le loro funeste successioni. Un uomo sano e robusto si fa una storta al piede, al ginocchio; la trascura e continua a camminare: un anno dopo un tumor bianco è costituito all'articolazione; più tardi i polmoni divengono tubercolosi; egli muore nell'etisia.

(Sarà continuato).

Sulla frequenza, diagnosi e cura della retroflessione ossia retroversione dell'utero non gravido; di J. Y. Simpson, *M. D., professore di ostetricia nell' Università di Edimburgo. (Con Tavola).*

Preliminari, e definizione. — Molte malattie sono comune-

mente reputate rare per la sola ragione che siamo mancanti dei mezzi per scoprirle durante la vita, e perchè non ci curiamo di trovarle dopo la morte: così avvenne dell' enfisema polmonare, per esempio, della degenerazione granulare dei reni reputate rare alcuni anni sono, ed ora divenute comuni perchè più diligentemente cercate. Così avvenne di alcuni spostamenti dell' utero non gravido. I pratici ebbero frequente occasione di trovare a taluni spostamenti dell' utero massime inferiormente, sotto la forma di procidenza; ma gli spostamenti sotto la forma di versione o flessione, sia dell' utero intero, sia della sua parte superiore, posteriormente, anteriormente, o lateralmente furono finora considerati come rari. E questo ha dipenduto piuttosto dalla mancanza di mezzi che si aveva in passato per diagnosticarli, che dalla reale infrequenza di essi.

Questa Memoria è diretta a descrivere brevemente alcuni mezzi nuovi e semplici che ho adoperato in questi ultimi quattro o cinque anni per iscoprire e trattare siffatta maniera di spostamenti.

Vuolsi premettere che, nello stato normale e sano, il lungo asse dell' utero è situato in una linea parallela colla linea dell' asse della escavazione della pelvi. Ma il fondo dell' utero invece di esser rivolto in alto può esser piegato in giù e anteriormente (*antiversione*) o in giù e posteriormente (*retroversione*): del che vi hanno varii gradi. Alcuni hanno voluto stabilire una distinzione tra le forme di spostamento posteriore dell' utero secondo che sono una semplice *retroversione*, o una *retroflessione*, come la denominano. Essi intendono per retroversione quando tutto l' organo è ripiegato posteriormente, per cui la piegatura si effettua alla parte superiore della vagina, senza che l' utero sia menomamente mutato nella forma; e per retroflessione intendono quando il fondo dell' utero soltanto è rivolto indietro, con molta o poca parte del corpo dell' utero, conservandosi la parte inferiore del collo dell'utero press' a poco nella sua posizione normale, per cui la piegatura avviene o nella sostanza del corpo, o nella parte superiore della cervice uterina. A dir vero queste separazioni esprimono un raffinamento di distinzioni nosologiche, delle quali potrebbesi ammetterne altre molte, poichè nel vivo si incontrano tutte le possibili foggie e gradazioni di spostamenti posteriori; ma queste pato-

logicamente parlando e per la pratica non sono distinzioni; quindi le ommettiamo, conservando per tutte il vocabolo comune di retroversione. — Qui si tratta della sola retroversione: i principii di diagnosi e di trattamento, mutatis mutandis, sono però comuni anche per la antiversione.

Asserita rarità della retroversione dell' utero non gravido. — La maggior parte delle opere di ostetricia e di malattie delle donne asseriscono che la retroversione dell' utero non gravido è rara. La esperienza mi ha in questi ultimi anni ampiamente dimostrato che la opinione riguardante questa supposta rarità è affatto erronea. Dopochè mi è avvenuto di trovare un metodo facile per scoprirne la esistenza ho trovato essere codesto uno dei più frequenti e più comuni spostamenti e malori dell' utero non gravido: e questa mia osservazione venne di poi confermata da altri colleghi, i quali ebbero la opportunità non tanto di avverare questo fatto, ma eziandio di constatare i vantaggi dei miei metodi per scoprirla e per trattarla.

Sintomi e diagnosi della retroversione. — Le morbose condizioni dell' utero vengono in pratica conosciute mercè due classi di sintomi: *funzionali* e *fisici*. Il risultato che si trae da queste diverse classi è diverso nella sua natura e nel suo valore. A citare un esempio ovvio, a proposito di questa distinzione, ricordiamo quello della gravidanza. L' utero gestante manifesta molti sintomi funzionali, i quali possono e non possono dipendere dalla gestazione, ed esprimono un travaglio, un' affezione entro di lui, senza che si possa saper quale sia, nè di che natura: a confermare o distruggere il sospetto di gravidanza ci vuole l' esame fisico del viscere stesso. Così quando trattisi di malattie uterine. I sintomi funzionali significano esser l' utero ammalato, e i sintomi fisici, in unione ai precedenti, significano di che malattia esso sia affetto. Applichiamo ciò alla retroversione.

Sintomi o alterazioni funzionali della retroversione. — In alcuni casi di retroversione dell' utero non gravido (più specialmente quando lo spostamento è cronico, ed ampio il bacino), non che in alcune altre forme di seria malattia uterina e di gravidanza, o mancano o vi ha pochi marcati sintomi funzionali o simpatici, così locali come generali; mentre in altri casi il corredo delle alterazioni funzionali e delle irritazioni è somma-

mente grave e travaglioso. Tra questi due estremi v' ha una serie di gradazioni.

Nella retroversione si notano, quando sono ben pronunziati, i medesimi sintomi simpatici che costituiscono i sintomi secondarii della gravidanza. Talvolta i sintomi isterici e dispeptici, con doglie locali nevralgiche alle mammelle, su alcuni punti della colonna spinale; oppure, ciò che è più frequente ancora, nelle pareti dell' addome e del petto, e più specialmente ad un punto limitato sotto la mammella sinistra. Lo spostamanto dell' utero spesso produce irritazioni meccaniche e sintomi meccanici come se l' organo si fosse morbosamente ingrossato. Frequentemente si hanno costipazione e difficoltà nell' emettere le feci, dipendenti in parte dalla compressione meccanica che il fondo dell' utero spostato esercita in sull' intestino retto, e in parte dalla incapacità funzionale, che essa produce, ad espellere le feci dall' intestino nella sua porzione inferiore. Talvolta vi ha irritazione intestinale, con scarica di tratto in tratto di muco di materie come fibrose. Frequentemente la vescica soffre per disuria, o ritenzione di orina; mi è avvenuto, molto più di raro, di vedere una leggiere incontinenza, specialmente quando l' orina era divenuta fosfatica, per mancanza di forza in alcuni casi di evacuare affatto la vescica. Assai comunemente accusano sintomi di peso, di tensione, di gravezza alle regioni dell' utero e del retto, con stiramento ai lombi e in corrispondenza dei legamenti dell'utero. I dolori spesso prendono anche lunga una o amendue le estremità inferiori. Talvolta vi ha incapacità ad andare in carrozza; il passeggio e lo stare in piedi produce prontamente stanchezza. In alcuni rari casi le ammalate erano costrette a tenersi continuamente coricate a motivo dell' intenso e intollerabile senso di pressione e di malessere che produceva la positura eretta; e riacquistavano la facoltà di star sulla persona e di camminare dopo la spontanea o artificiale riposizione dell' utero. In genere i sintomi summenzionati, e locali e generali, si fanno più gravi per l' esercizio in positura eretta; e inclinano più particolarmente a farsi intensi quando l' utero diventa periodicamente congesto e più pesante per la menstruazione.

In alcuni casi di retroversione, la menstruazione non è morbosamente alterata. Talvolta però ho veduto codesto scarico mensile alterato; ma alterato in modo svariato e persino opposto:

talvolta avvi amenorrea, talvolta dismenorrea, non di rado menoraggia, massimamente dopo una sconciatura. La mucosa secrezione uterina non è alterata, a meno che non sopravvenga congestione o infiammazione: essa può cangiarsi in leucorrea. Talvolta vi è un subitaneo temporario aumento dello scolo; altre volte, ovvero più spesso, negli intervalli tra i periodi menstruali, come se esso si fosse raccolto nella cavità dell' organo retroverso, e sfuggito o espulso soltanto di tempo in tempo.

Quando un' ammalata con retroversione dell' utero diventa gravida, è facile che avvenga l' aborto. Io però ho veduto più casi in cui l' utero si raddrizzò spontaneamente nella sua positura nel diventare più grosso, e la gravidanza uterina continuare fino a termine. Ordinariamente la retroversione è impedimento alla funzione del concepimento: spesso è causa di sterilità, come è dimostrato dalla pregnezza che si effettua dopo che venne riposto l' utero a suo luogo. Parecchie volte io ho trovato l' utero abitualmente retroverso nello stato di non gravidanza, in donne che avevano partorito a distanza di parecchi anni fra ciascuna gravidanza.

Codesti sintomi funzionali possono indurre sospetti di retroversione dell' utero. Essa però la vi può essere senza che ve n' abbia molti e senza quasi nessuno di essi; e possono esistere in conseguenza di altre malattie indipendentemente dalla retroversione: d' onde la necessità di volgerci ai

Segni fisici della retroversione. — La vista, e quindi lo speculum, non serve a nulla nella diagnosi della retroversione. A ciò soccorre l' esame tattile. Facendo una accurata esplorazione vaginale, e applicando uno o più dita dietro il collo dell'utero, alla parte posteriore della ripiegatura superiore o radice della vagina, si sente come la sporgenza di un tumore solido tra l' utero e il retto. La stessa massa soda si sente a traverso alla parete anteriore del retto se si fa l' esplorazione dall' ano. Questo tumore o massa si sente liscia e rotonda alla superficie; è spesso sensibile alla pressione, specialmente se la retroversione è recente, o quando la parete posteriore (come avviene spesso) è congesta e ingorgata: generalmente si lascia smuovere più o meno facilmente dal dito; e varia in volume giusta il grado di spostamento e lo stato sano e morboso delle pareti uterine.

La bocca e il collo dell' utero possono esser spostati anterior-

mente, ovvero possono mantenersi nella loro positura normale. Spesso vi ha prolasso di tutto il corpo dell' utero, il quale è più basso della sua naturale situazione: ma talvolta conserva sotto questi riguardi la sua normalità.

Come determiniamo noi che il tumore solido collocato alla parte posteriore della radice della vagina, e tra il retto e l'utero consiste nel corpo e nel fondo dell' utero spostati?

Se l' ammalata è straordinariamente esile ed emaciata, e con uno o due dita della mano destra facciasi l' esplorazione vaginale, e si applichino quelli della sinistra al disopra del pube, si può sentire l' utero fra le due mani, e determinare la posizione complessiva dell' utero e i rapporti dell' organo: ciò però non si può effettuare che assai di rado.

Generalmente, mercè la esplorazione tattile noi non abbiamo altro mezzo, per conoscere che l' apparente tumore è probabilmente formato dal fondo o dal corpo dell' utero, fuorchè di sentire col dito una diretta *continuità* di struttura tra il tumore e il collo dell' utero: e questo può effettuarsi così per la via vaginale come per quella del retto. Pure questo segno fisico per sè è capace di indurre in errore, se lo si adopera solo. Se l' utero è retroflesso piuttosto che retroverso la continuità non si può percepire al punto o all' angolo della piegatura; mentre, d' altra parte, un tumore fibroso o di altra natura aderente alla parete posteriore dell' utero può alcuna volta sentirsi distintamente in continuità con la struttura dell' utero, e partecipare a tutti i movimenti comunicati al collo dell' utero. Nè è miglior guida in ciò la posizione della bocca dell' utero, perchè alcune volte essa non è spostata sebbene abbiavi spostamento del fondo; ed essa può venir cacciata avanti da un tumore, sebbene il fondo mantenga la sua normale posizione.

Sono pertanto necessarii altri mezzi addizionali di diagnosi. Il metodo più certo e più semplice, in confronto a quelli di *Pereira* e di *Malgaigne*, consiste nel determinare la situazione del fondo del corpo dell'utero non già a traverso il canale intestinale posteriormente, o il canale orinario anteriormente, ma a traverso lo stesso canale genitale intermedio. E siccome il canale uterino è troppo stretto per concedere l' introduzione del dito, possiamo, sostituendo un dito metallico accomodato

(se possiamo dir così), determinare, tra le altre cose, ogni cambiamento nella direzione della sua cavità, e per conseguenza nella direzione del corpo e del fondo dell'utero stesso. L'uso del catetere uterino serve a questo fine.

Esplorazione mercè del catetere o della candeletta uterina. — La forma ecc., del catetere uterino è rappresentata nella Tavola Prima, e per conseguenza non occorre descrizione minuta. Essa ha la configurazione di un catetere da maschio di mediocre grossezza; a forma conica allungata; nocchiuto alla estremità; diviso in sezioni per misurare, se occorre, la lunghezza della cavità uterina; e montato sur un manico, liscio sulla sua faccia posteriore e scabroso sulla faccia anteriore, affinchè l'operatore sia sempre sicuro della direzione e della posizione in cui trovansi la punta e la concavità dell'istromento quando trovasi nascosto nella cavità uterina.

Questo strumento si può facilmente e rapidamente introdurre nella cavità uterina, in modo da poterne misurare la profondità; da esaminare, meglio che non si possa fare con altri mezzi, il suo fondo, corpo, e collo; conoscere se v'ha stringimenti nel canale; lo stato morboso della cavità e delle pareti dell'organo, ecc. Io ne ho fatto uso giornaliero in questi ultimi cinque o sei anni, e non mi avvenne mai di vedere, in nessun caso, alcuna seria irritazione o alcun sinistro risultamento dietro l'uso di esso; mentre con esso è riuscito a me e ad altri di scoprire e differenziare morbose condizioni di quest'organo, che sarebber state, con altri mezzi, affatto fuori della portata di una giusta diagnosi.

Essa scopre la retroversione dell'utero non gravido per ciò che, come ho detto, ne fa direttamente e agevolmente conoscere *la direzione della cavità uterina*, e quindi del corpo e del fondo dell'utero che forma le pareti di quella cavità.

Quando l'utero trovisi in posizione normale, vale a dire il lungo asse della sua cavità sia in linea paralella all'asse della escavazione pelvica, la estremità del catetere introdotta nell'utero è rivolta superiormente e anteriormente nella direzione dell'ombellico; e la concavità dell'istromento (ossia la faccia scabrosa del suo manico) è rivolta verso la sinfisi del pube. Quando però l'utero è retroverso, la estremità dello stromento invece di

avanzare verticalmente e anteriormente, prova resistenza in codesta direzione, e non può che avanzare orizzontalmente e posteriormente verso la escavazione del sacro; la concavità dello stromento (ossia la faccia scabra del suo manico) guardano pertanto verso il sacro invece di guardare contro il pube e insieme mostrano la posizione alterata della cavità, del corpo e del fondo dell' utero.

Ma la diagnosi si può rendere più completa e accurata mercè un uso ancor più esteso del catetere. Perciocchè

1.° Oltre al mostrare nel modo suddescritto la direzione della cavità uterina, e quindi del corpo e del fondo dell' utero, in grazia della direzione che prende l' istromento in essa introdotto,

2.° Ci possiamo, mercè la esplorazione vaginale e rettale del supposto tumore, assicurare che la estremità del catetere uterino è collocata nel centro *di esso*, mostrandoci così che il tumore è prodotto unicamente dal fondo dell'utero spostato; e,

3.° Dopo ciò, girando dolcemente il catetere in modo da fare che la sua concavità, ossia la faccia scabra del manico guardi il pube, invece del sacro, noi possiamo riporre l'utero, e sentirlo sul catetere a traverso le pareti addominali anteriori. Possiamo così esser sicuri che sulla punta dello stromento non si ha altro che il fondo dell' utero. Inoltre, se è necessario, noi possiamo alternando l' introduzione del dito o nella vagina o nell'ano, e quindi facendo a volontà la retroversione e la riposizione dell'utero, produrre e non produrre il tumore apparente che vi era tra il retto e l'utero, e provare viemmeglio che quel tumore non è d' altro costituito fuorchè dal fondo dell' utero in retroversione.

Diagnosi differenziale della retroversione. — A me è occorso vedere la retroversione dell'utero non gravido non solo molto frequentemente bene sopportata, ma eziandio molto spesso scambiata per altri stati morbosi o alterazioni dell' utero. Esporrò ora le principali condizioni morbose con le quali essa può andar confusa e i modi di distinguerle dalla retroversione.

a) *Per distinguerla dalla gravidanza.* — Io ho avuto più volte occasione di vedere scambiato per i primordii della gravidanza il senso di pienezza e di apparente aumento di volume del-

l' utero nella retroversione. Poche settimane sono venni chiamato a qualche distanza da Edimburgo per un caso dove un siffatto errore di diagnosi aveva prodotto un grave inconveniente; trattandosi di una nubile, travagliata gravemente per dismenorrea e menorragia, la quale si supponeva gravida e in corso di aborto, avendo il suo medico curante scambiata la retroversione del fondo e del collo dell'utero per una dilatazione generale dell'organo. Questo errore si può commettere vieppiù facilmente quando la retroversione è accompagnata, come talvolta accade, da amenorrea incidentale. Due o tre anni sono ebbi in mia cura un' ammalata con retroversione dell'utero e con amenorrea temporaria, che era stata dichiarata indubbiamente gravida dal suo medico curante, d'altronde esperto pratico e professore di ostetricia in un' altra scuola medica. Intorno a quell' epoca ebbi una ammalata in cura con retroversione, e con mancanza di menstruazione per tre mesi successivi: io mi sono assicurato che essa non era gravida per la mancanza di corrispondenza tra codesto dato e l' aumento del volume dell' utero retroverso. In questo caso la diagnosi era resa più difficile in conseguenza dall' esser divenute più brune le areole dei capezzoli, e rigonfiati i follicoli di esse, come avviene nella gravidanza. In allora eransi copiate le areole col disegno: e dipoi quando l' utero venne riposto a suo luogo, l' ammalata successivamente divenne gravida, si trovò che alla stessa epoca le areole non erano così profondamente pronunciate, nella gravidanza vera, come lo erano state nella spuria gravidanza.

b) *Per distinguerla dai tumori fibrosi e di altra natura dell' utero nella parete posteriore, ecc.* — Codesto è tra gli errori di diagnosi in cui si cade più frequentemente, e nel quale sono anch' io ne' primi tempi frequenti volte incorso. I sintomi funzionali che li accompagnano sono sotto ogni aspetto gli stessi; e alla esplorazione vi si sente la stessa continuità di struttura tra la cervice dell' utero e il corpo situato tra esso e il retto. Di tal modo la retroversione dell' utero fu molto spesso scambiata per un' escrescenza morbosa situata sulla parte posteriore dell' utero, e talvolta descritta come tale. Ma la introduzione e la direzione del catetere uterino ad un tratto ci abilita a sciogliere la difficoltà. Il catetere passa posteriormente entro il vero

corpo e centro del tumore apparente, e viene tosto dimostrato che questi è costituito dal fondo dell' utero retroverso. Vuolsi però soggiugnere non esser raro il trovare che colla retroversione dell' utero sia congiunta la presenza di piccoli tumori fibrosi attaccati alla parete posteriore dell' utero.

Ho avuto occasione di trovare la retroversione del fondo dell' utero dichiarata per tumore carcinomatoso, per ispessimento parziale della parete posteriore dell' utero, ecc. Adoperando nel modo qui consigliato, la diagnosi differenziale è prontamente fatta. Quando la si presentò dopo il parto, venne scambiata per la ordinaria ipertrofia puerperale dell'utero. I mezzi per farne la diagnosi differenziale sono i medesimi. A me occorse spesso di conoscer casi in cui la tumidezza formata dalla parete uterina deflessa venne, fuori dello stato puerperale o di gestazione, scambiata per semplice ipertrofia generale dell' utero, e lungamente trattata con mercuriali, iodio, ecc., ecc.

c) *Per distinguerla dai tumori ovarici nei loro primordii.* — Quando l' ovaia si gonfia per degenerazione moltiloculare o per altra causa, quasi sempre essa comincia a crescer di volume inferiormente nello spazio tra la parete posteriore dell' utero e la faccia anteriore del retto, restando così dietro la radice della vagina. Nell' ingrossarsi essa spinge quasi invariabilmente l' utero anteriormente ed *avanti* a sè: e questa posizione dell' utero relativamente ai tumori ovarici è spesso importante criterio per la diagnosi della malattia ovarica nei suoi stadii successivi e più avanzati. Dapprincipio il corpo dell' ovaia voluminosa può esser scambiato per il fondo dell' utero retroverso, più specialmente perchè la bocca dell' utero è generalmente spostata in avanti. Introducendo il catetere nell' utero si conosce che esso è nella sua posizione normale, e in pari tempo possiamo ordinariamente tirare tanto anteriormente esso utero da aver certezza che esso non è aderente al tumore esistente, e non v' ha continuità di struttura con esso lui. In tal modo non abbiamo che una prova negativa: se desideriamo eziandio una prova positiva, e vogliam conoscere la natura del tumore possiamo ottenerla facendone il saggio con uno spillo sottilissimo; mezzo diagnostico di gran valore così in queste come in altre complicazioni.

d) Per distinguerla dalla infiammazione del tessuto cellulare pelvico. — Questa infiammazione, così limitata come diffusa, è per certo una malattia frequente e dopo il parto e nello stato di non gravidanza. Io ne ho veduto esempli a svariati periodi della vita, dall' età di sei anni fino a sessanta. Essa viene comunemente denominata « ascesso pelvico », ma impropriamente, poichè non sempre termina necessariamente in ascesso, più di quello la pleurisia termini necessariamente in empiema. Quando la effusione infiammatoria sembra limitata, come talvolta avviene, allo spazio tra l' utero e il retto, il tumore duro, ossia la gonfiezza prodotta da essa può esser scambiata per la retroversione. La direzione del catetere introdotto nell' utero, ci farà manifesto che l' utero non è retroverso; i sintomi concomitanti poi, e, se occorre, il saggio del tumore collo spillo renderanno compiuta la diagnosi.

e) Per distinguerla dai concepimenti extrauterini collocati tra l' utero e il retto. — *Nauche* nel suo « Maladies de femmes » narra il caso di una gravidanza extrauterina stata scambiata per una retroversione dell' utero. Recentemente mi avvenni in un caso il quale sulle prime mi ha posto in grande perplessità e difficoltà per decidere se un tumore situato sulla parete anteriore del retto, e accompagnato da improvvisi sintomi di rottura del peritoneo, era un utero ingrossato e retroverso, oppure una gravidanza extrauterina. L' esplorazione col catetere uterino dimostrò che così la posizione come il volume dell' utero erano normali.

f) Per distinguerla da malattie organiche situate sulla parete anteriore del retto. — In un caso presentatomi da un collega l' esplorazione digitale di un tumore situato tra l' utero e il retto mi fece credere si trattasse di utero retroverso. L' uso del catetere uterino però ha dimostrato che l' utero era in posizione normale. Esaminando più minutamente per la via dell' ano, si trovò che la parete anteriore del retto era ingrossata e indurita: l' ammalata morì alcuni mesi dopo per stringimento e carcinoma del retto.

g) Per distinguerla dagli stringimenti del retto. — Ognuno comprende quanto facilmente un utero retroverso e retroflesso possa far sì che si creda trattarsi di stringimento del retto; poi-

chè l'utero piegato indietro, comprimendo sul retto, e talvolta scemandone gradatamente il calibro può indurre in questo errore. Ma l'uso del catetere toglie sempre e tosto ogni difficoltà, in primo luogo mostrando la direzione del fondo dell'utero, e in secondo luogo (facendo girare lo stromento) sollevando il fondo stesso e togliendo lo stringimento. A me consta che non è infrequente nella pratica il confondere un utero retroverso con lo stringimento del retto. *Carlo Bell* narra di un chirurgo che fece per più anni una cura dilatatoria del retto con candelette, avendo scambiato un spostamento di utero per stringimento del retto. Un caso di retroversione dell'utero non gravido si presentò alcun tempo fa ad un mio amico in Edimburgo. Egli scoprì lo spostamento, introdusse il pessario metallico (terza forma) che descriveremo avanti, e ad un tratto sollevò bene la sua ammalata e la rese atta a fare del moto. Essa tornò alla sua casa, che era distante, accompagnata con una scritta al suo medico, il quale dichiarò conoscer bene lo stromento, ma pensò di ritirarlo all'epoca della menstruazione, e non riuscì a riporlo di poi. Fu chiamato a sostituirlo un altro distinto chirurgo, il quale dichiarò che l'utero era bensì ingrossato, ma non spostato; applicò sanguisughe, ecc. Non ottenendo da questo trattamento gli effetti desiderati, l'ammalata si affidò ad un chirurgo distinto, il quale sentenziò che le opinioni precedenti eran tutte erronee e che la malattia reale era uno stringimento del retto. Ultimamente seppi che l'ammalata era sotto la cura dilatatoria mercè le candelette per togliere questa immaginaria affezione.

Retroversione che si può facilmente non vedere anche nelle autossie. — Si è accennato superiormente alla frequenza con cui la retroversione dell'utero non gravido può essere scambiata per tutt'altro nella pratica, e non esser avvertita durante la vita. Un errore cosiffatto può commettersi anche esaminando la donna dopo morte. Nell'« Edinburgh medical and Surgical Journal » (1822) il dott. *Robertson* riferisce un caso molto a proposito. Una donna morì di tenesmo, stitichezza, e sintomi di stringimento intestinale, terminante in enterite. Essendo questa donna stata esplorata per lo stringimento, si era trovato l'intestino compresso da un tumore che, all'esame vaginale, si trovò esser l'utero. « Ma,

soggiunge il dott. *Robertson*, all' autossia, con nostra maraviglia non si trovò nessun tumore uterino comprimere il retto ». In questo caso, come in molti altri casi in cui ci era stata retroversione dell' utero, lo spostamento morboso è scomparso alla autossia cadaverica, perchè si è guardato alla forma e alla tessitura dell' utero, e non alla vera sua posizione. Nel metodo comunemente seguito di esaminare i visceri pelvici nelle autossie, cioè dall'alto, l'anatomico di rado o non mai dirige la propria attenzione ad osservare qualsiasi deviazione del fondo e del corpo dell'utero; e quando le parti sono cavate fuori dal loro posto è impossibile conoscere se vi sia stata, e di che grado, la retroversione.

Stato organico dell' utero nella retroversione. — Esso è variabile. Io lo ho veduto coesistere con tumori fibrosi delle pareti uterine. Più frequentemente l'utero è ipertrofico meramente per metrite cronica, e l' ingrossamento è più specialmente manifesto nelle pareti uterine. L' utero è, oltrechè ipertrofico, allungato; e la sua cavità, invece di segnare la lunghezza di due pollici e mezzo, esser lunga tre o tre pollici e mezzo. Molti sembrano esser d' avviso che l' ingrossamento dell' utero, sotto una o altra forma, è un necessario precursore della retroversione dell' utero, e che non mai si incontra lo spostamento di quest' organo senza che sia combinato con qualche aumento nel volume dell' organo. In realtà il fatto però non è così. In ragguardevole numero di casi l' utero retroverso non è cresciuto di mole ma di volume naturale. Nè mi è accaduto più di una volta di vedere retroverso l' utero con le sue dimensioni in lunghezza, e in altri sensi, minori del normale. In questi ultimi tempi venni consultato per parecchi casi di amenorrea di donne che avevan passati i venti e i trent' anni di età, nelle quali la menstruazione non era comparsa mai, e nelle quali l' esplorazione ha dimostrato l'utero imperfettamente sviluppato, e la lunghezza della sua cavità, misurata col catetere uterino, non era più che di un pollice, di un pollice e mezzo, o al più di due pollici. In un caso in cui la cavità dell' utero non era più lunga di un pollice e mezzo, il fondo dell' organo preternaturalmente piccolo era, al tempo stesso, distintamente retroverso, e si sentiva come un piccolo tumore rotondo a traverso la vagina e il retto. Alcun tempo fa ebbi a visitare insieme al mio collega dottore

Girdwood, un caso ancor più raro. L' utero era retroverso, ed ei se ne era assicurato coll' esplorazione e col catetere uterino. Eravi un secondo orifizio nel collo dell' utero. Introducendo un secondo catetere in questo orifizio addizionale, trovai che esso passava in una seconda cavità uterina, affatto separata e distinta dalla prima, e col fondo di ciascuna divergente l'uno dall' altro. In fatto l'utero non era soltanto retroverso ma era doppio. — Ch' io sappia, questo è il primo caso di utero doppio diagnosticato distintamente nel vivo.

Trattamento della retroversione dell' utero non gravido. — Quando la retroversione è recente, e susseguente ad un violento sforzo, o dipendente da congestione o infiammazione dell' utero, o successiva al parto, talvolta basterà la semplice riposizione in luogo dell' organo mercè il catetere uterino, purchè oltre a ciò si obblighi l' ammalata ad una posizione orizzontale o piuttosto a giacere boccone; si impedisca la soverchia distensione del retto e della vescica; si scemi quella locale condizione congestiva o infiammatoria che potesse esservi; si dia localmente tono ai tessuti molli rilasciati del bacino mercè le injezioni vaginali astringenti, ovvero coll'uso dei pessarii medicati fatti con unguento con estratto di corteccia di quercia o di tannino o di ioduro di piombo, ecc.

Codesto semplice trattamento di rado riesce bene anche quando la retroversione è recente; e ancor più di rado quando, come quasi sempre incontra nella pratica, lo spostamento è già cronico e confermato. Sotto queste circostanze noi abbiamo da adempire a tre indicazioni: *a*) Di togliere, se è necessario e possibile, qualsiasi morbosa azione che possa esistere nei tessuti uterini insieme allo spostamento. *b*) Di rimettere l' utero nella sua posizione normale. *c*) Di usare i mezzi per mantenerlo nella posizione naturale in cui fu riposto.

Tocchiamo separatamente di codeste indicazioni.

a) *Togliere gli stati morbosi dell' utero che possono coesistere insieme allo spostamento di questo viscere.* — Non di rado insieme alla retroversione, v' ha congestione e ipertrofia dell' utero, e il catetere uterino dimostra che esso è cresciuto di mezzo pollice e più in lunghezza. Alcune volte avvi infiammazione cronica del corpo dell' organo, e più specialmente della sua pa-

rete posteriore, la quale si sente spesso e intumidita e sensibile a toccarsi: ovvero il collo è ingrossato, addensato e ulcerato, massimamente nel suo labbro posteriore. La bocca dell'utero, o il canale uterino ad un pollice sopra la bocca sono non di rado contratti e stretti, e possono aver dato luogo all'arresto della menstruazione, non che a congestione. Talvolta si possono sentire a traverso alla radice della vagina una ovaia o amendue ingrossate o dolenti per irritazione congestiva o infiammatoria. Regola generale, tutti questi stati morbosi dovranno, potendosi, attenuare e togliere, o almeno moderare mercè gli appropriati mezzi di trattamento, prima di porre in opera quelli contra le altre indicazioni, particolarmente quando codesti stati sembrano in qualche rapporto colla causa della retroversione. Più frequentemente, però essi sono effetti della retroversione; e in questo ultimo caso i nostri mezzi per combatterli falliranno, o riusciranno imperfettamente finchè non siasi ridotto l'organo alla sua forma e condizione normale, coll'adempire alla seconda e alla terza delle suesposte indicazioni avanti di adempire alla prima. Quando tumori fibrosi della parete posteriore del fondo dell'utero complichino e producano la retroversione, la prima indicazione non può conseguentemente venir adempiuta, non avendo noi mezzi certi per rimuovere e isciogliere codesti tumori.

b) *Ripristinare l'utero della sua posizione normale.* — Molti fra quelli che hanno trattato intorno alla retroversione dell'utero non gravido hanno scritto che comunemente la riposizione di esso si può effettuare compiutamente colle sole dita. In pratica però la completa riposizione di esso con questi mezzi è quasi sempre impossibile. Spingendo in su il fondo dell'utero rovesciato, e tirando in basso il collo dell'utero, ovvero combinando questi due movimenti simultaneamente, talvolta si riesce ad effettuare la riposizione colle sole dita. Ma ciò si può eseguire di rado: perciocchè non è quasi mai possibile che spingendo con le dita sulla superficie posteriore dell'utero, sì a traverso la vagina, come a traverso il retto, si riesca a portarne il fondo in alto e volgerlo anteriormente in grado sufficiente. Alcuni Autori avendo trovate le dita insufficienti per la loro brevità, ecc., hanno proposto istromenti acconci a ciò. Alcuni Autori introducevano questi stromenti o nel retto o nella vescica, adoperandoli in

maniera di leve; oppure nella vagina. — Il mezzo però più semplice e in uno il più facile di riporre temporariamente l'utero a suo luogo consiste nell'introdurre uno istromento entro la cavità uterina, e di maneggiarlo a scopo meccanico, come una leva. In parlando superiormente della diagnosi fisica della retroversione ho dichiarato quanto serva all'uopo il catetere uterino. I mezzi che servono alla diagnosi sono quelli medesimi che giovano opportunamente per la riposizione dell'organo.

c) *Mantenere l'utero riposto nella sua posizione normale.* — Ciò è necessario per la guarigione. Alcuni hanno supposto che a tal fine bastasse la giacitura della paziente, e lo stare coricata o su un fianco, o boccone, colla pelvi alquanto elevata. Ho già detto che in pochi, pochissimi casi questo mezzo si troverebbe riuscire, e soltanto in quelli di origine recente. I stromenti che servono a sostenere e a mantenere l'utero in luogo sono pertanto necessarii: de' quali ve n'ha molte specie, da applicarsi o nella vagina o nel retto, allo scopo di portare una compressione in sul tumore formato dal fondo dell'utero; oppure di spingere posteriormente il collo dell'utero, e spingere allo innanzi il fondo dell'organo stesso. Ho adoperato delle spugne per ottenere codesto effetto: ci sono anzi alcuni i quali opinano che le spugne costituiscano i migliori pessarii per la retroversione, modificandole secondo i singoli casi. *Moreau* crede che il trattamento debba avere per principio di riempiere lo spazio che vi ha tra l'utero e il retto, in guisa da non lasciar luogo a che l'utero si rovesci in dietro, e adopera per ciò una specie di pessario di gomma elastica. Due anni sono io ne ho estratto uno che vi era stato tenuto per molti mesi, e che era stato introdotto dallo stesso *Moreau:* codesto pessario non aveva per nulla apportato sollievo alla retroversione.

Dopo aver io trovato e facile e certo il modo col quale il catetere uterino scopre la retroversione dell'organo, e lo rimette a suo luogo temporariamente, parve a me che il metodo più diretto e il migliore per ritenere in sito l'utero stato riposto, avrebbe dovuto consistere nei mezzi con che tenere e fissare per alcun tempo nella cavità uterina la estremità del catetere. Trovai che il riporre ogni giorno l'utero temporariamente col catetere non era sufficiente, e che bisognava inventare alcun mezzo

con cui tener l'organo nella sua giusta posizione, e fissarvelo. Ma prima era uopo sciogliere un primo e importante quesito: l'utero sopporterà esso senza inconveniente la presenza di un corpo straniero nella sua cavità per lungo tempo? — Io feci la prima prova con somma esitanza, e con molta diffidenza riguardo al risultato. Sorvegliai il caso di ora in ora, di giorno in giorno, e fui soddisfattissimo a trovare che l'utero poteva sopportare la presenza dello stromento nella sua cavità senza provare nè irritazione, nè molestia di sorta. L'ammalata era quasi incapace a camminare per la retroversione dell'utero, prima che si usasse il catetere. Dopo aver usato per alcuni mesi di un pessario metallico, si ricuperò sì bene, che potè portare a termine due gravidanze, l'una in Edimburgo e l'altra alle Indie. Vidi poi in altri casi, che quando lo stromento sia bene introdotto e giustamente applicato, esso può essere portato con perfetta sicurezza, e senza alcun dolore nè altra molestia. Alcuna volta mi occorsero casi in cui il pessario uterino ha prodotto tanta irritazione da obbligare ad estrarnelo pochi giorni dopo la sua introduzione: ma questi sono casi eccezionali e assai infrequenti ad accadere, avendo io lasciato alcune volte lo stromento nella cavità uterina per due, quattro o sei mesi, ed anche più lungamente. Poche settimane sono ho estratto due pessarii uterini, uno dei quali era stato introdotto otto mesi, l'altro quasi dieci mesi prima nella cavità uterina. Essi non erano stati spostati nemmeno durante la menstruazione. Talvolta, ma non sempre, al loro uso tien dietro una lieve menorragia, particolarmente al primo o secondo periodo menstruale dopo la loro introduzione.

Non occorre riferire minutamente i cambiamenti di forma che venner provati, e le difficoltà incontrate nelle prime prove per la costruzione del pessario uterino opportuno. Le tre forme che io ho usato negli ultimi tre o quattro anni sono delineati nell'unita Tavola Seconda.

Prima forma di pessario uterino (fig. 4). — Il gambo (*d*) dello stromento (lungo pollici 2 1/3 inglesi) è introdotto nella cavità uterina; le labbra del collo uterino appoggiano sul bulbo o palla ovoide schiacciata. La fig. 5 mostra la superficie inferiore del bulbo, con un orificio in esso per ricevere l'estremi-

tà (*a*) di un manico (fig. 6) lungo circa 8 pollici, e da fissarsi in esso per facilitare la sua introduzione nell' utero. Questa forma di pessario giova comunemente molto meglio per la antiversione che per la retroversione. Qualche volta ho usato il bulbo fatto di piombo, il quale serve come contrappeso a mantenere l' utero in luogo. Lo stromento è però imperfetto per essere comunemente impossibile di tenerlo nell' utero più che pochi giorni, poichè il canale si rilascia, si dilata e lo lascia scappar fuori. In fatto la sua forma è esattamente quella del catetere che si usa ordinariamente per dilatare la bocca e il canale dell' utero in casi di stringimenti, nei casi in cui non debbesi adoperare, a tagliarli, il coltello ossia l' isterotomo.

Seconda forma di pessario (fig. 3). — Esso è formato di un gambo uterino e di un bulbo simili ai descritti, ai quali si aggiugne un largo disco ovoideo lungo pollici 2 5/8, della larghezza di pollici 1 1/4, e 1/2 pollice di altezza, per tenere in sito l' istromento. Il bulbo (*b*) sul quale appoggia il collo dell'utero è fissato nel mezzo del disco, e il gambo uterino (*c*) è mobile per un certo tratto entro di esso. Questo è necessario in conseguenza del volume del disco che lo ritiene, e della impossibilità di introdurre lo stromento nell' utero e nelle vie genitali col gambo fissato verticalmente e ad angolo retto col piano del disco. La linea punteggiata (*d*) della figura rappresenta il gambo piegato nel modo che richiedesi per la introduzione e per la estrazione dello stromento. Sulla superficie inferiore dello stromento (la quale non è delineata nella tavola) vi è una molla dentata per tener fermo e verticale il gambo dopo che l'istromento è introdotto, e che può esser liberata coll' ugna quando debb' esser nuovamente estratto lo stromento. Il disco espanso, facendo pressione sulle pareti della vagina, opera di guisa che la porzione uterina del pessario mantenga la sua situazione. In alcuni casi codesto istromento serve bene a conservare in sito l'utero stato riposto. Talvolta però quando la tendenza dell' utero a spostarsi è grande, siffatta forma di pessario è affatto inopportuna, e verrà in conseguenza a partecipare ai movimenti ai quali l' utero va ad esser sottoposto.

L' altro pessario di cui io faccio uso molto soventi non ha siffatti svantaggi. Le due prime forme, quando usate, sono af-

fatto introdotte nelle vie genitali; nella terza forma una porzione dello stromento è posta internamente, l'altra esternamente.

Terza forma di pessario. — Consta di due parti. 1° Una interna (fig. 2) munita, come le precedenti, di un gambo (*f*) che debbe esser introdotto nella cavità uterina, di un bulbo ovvero di una pallottola (*e*) sulla quale deve appoggiare la cervice uterina, e inoltre di una porzione vaginale ovvero di un tubo curvilineo (*d*). 2.° Una porzione esterna (fig. 1) consistente in un congegno di filo di ferro (*a*, *c*, *s*) destinato a mantenere in posto la porzione interna del pessario. Questa esterna parte o congegno metallico è lungo cinque pollici circa: alla sua porzione inferiore o vaginale esso è largo circa mezzo pollice; e verso la sua parte superiore o porzione pubica, esso bruscamente si allarga fino ad esser largo tre pollici. Dall' estremità vaginale di questo congegno parte ad angoli pressochè retti con esso una porzione tubulare appianata (*s*) lunga due pollici e mezzo, e chiusa all' altra sua estremità come l'estremità dei cateteri da donna, e foggiato in modo da scorrere e fissarsi nel tubo aperto (*a*) attaccato al bulbo dalla metà interna dell'istromento (*b*).

Nella tavola il gambo uterino dell'istromento è rappresentato come collocato entro la cavità (*h*), dell' utero, una sezione del quale gli è delineata d'intorno (*f*). Nell' introdurre l'istromento, la porzione interna (fig. 2) si passa prima entro l' utero e la vagina, al modo stesso che si pratica colla candeletta per la diagnosi. L' utero arrovesciato viene quindi ricollocato col sollevarlo sovra questa porzione dell' istromento che è a questo intento ritonda. Posciacchè l' organo è ricollocato, si fa scorrere la porzione vaginale solida attaccata al congegno esterno del pessario nel corrispondente tubo vaginale (*d*) della metà interna dell' istromento, fermandola in esso collo stesso principio con cui lo stilletto è serrato nel cannello di un trocarre curvo. Così l' istromento è reso ad un tempo come fosse compiutamente solido e fisso. Per avere agio di unire le due porzioni insieme, è necessario in generale, di primieramente ripiegare all' indietro per una estensione considerevole la porzione pubica del congegno esterno, all' intento di evitare che venga impegnata e impedita dalla parte anteriore della pelvi o dal pube. Dopo che l' unione è compiuta, questa porzione pu-

bica dell' istromento si piega e si modella sulla porzione anteriore della pelvi, così da adattarvisi il più esattamente possibile. Altre volte io aveva l' uso di procurare di tenere l' istromento più permanentemente fisso introducendo degli zaffi elastici tanto nelle aperture (c), come anteriormente in quelle che sono parimenti rappresentate nella parte superiore della porzione pubica dell' istromento; sostenendoli entrambi mercè una fascia circondante il tronco del corpo. Ora ho abbandonato questo metodo come non necessario. Se la porzione pubica del pessario è convenientemente inclinata al disopra del pube, fa generalmente abbastanza presa; e se occorre ancora qualche cosa, tutto si limita ad una salvietta o ad un comune riparo che la paziente può portare passato fra le coscie e sopra all' istromento. Ultimamente feci fare l' istromento senza la parte (c) che si prolunga posteriormente.

Non occorre forse aggiungere che se l' istromento facesse su alcun punto una molesta compressione, la si può togliere dandogli la acconcia piegatura senza levarlo fuori. La sua duttilità fa sì che esso possa accomodarsi fino a che le parti lo sopportino senza provarne noja o incomodo.

Quando vuolsi estrarre il congegno, prima si piega indietro la porzione pubica, in modo da liberarla dal pube; quindi sono smontati i pezzi vaginali; e per ultimo viene estratta la porzione interna.

Il tempo occorrente per effettuare la cura, e quindi deve esser portato il congegno, varia nei diversi casi da una o due settimane a molti mesi. Il carattere acuto o cronico del caso, e particolarmente la maggiore o minore tendenza dei singoli casi alla recidiva della retroversione, devono esser norma su questo particolare.

Questi pessarii uterini se non guariscono tutte le retroversioni dell' utero non gravido, sollevano almeno l' ammalata, e le tolgono le noje e i dolori che accompagnano siffatta malattia.

Se la retroversione non era cagione di molestie e di sintomi incomodi, e non disturbava le funzioni uterine, io ho sempre sconsigliato dall' usare mezzi meccanici, e rimedj di sorta, i quali ho adoperati nei casi contrarii.

Nei pochi casi in cui i pessarii non sono tollerati per lo stato

irritabile dell'utero, oppure non hanno giovato, mi sono limitato dapprima a scemare la condizione morbosa delle parti col sanguisugio, coi rivellenti esterni, l'applicazione dei pessarii con unguento di belladonna, ecc., e il riposo, per indi far uso dei rimedii tonici generali e locali. L'ammalata trovasi molto sollevata portando una fasciatura addominale (come quelle di *Hamilton* e *Hall*) con un coscinetto perineale da essa sostenuto. (*The Dublin quarterley Journal of medical science*, n. X, may 1848).

Saggio sulla diagnosi e sul trattamento delle malattie eruttive del cuojo capelluto; di J. Moore Neligan, *M. D., medico al « Jervis-Street Hospital », lettore di medicina pratica nella « Dublin School of Medicine », ecc.*

Le malattie eruttive furono sempre soggetto di molta difficoltà, tanto pel trattamento che per la diagnosi, ogni qualvolta furono situate sul cuoio capelluto. La maggior parte degli Scrittori di malattie cutanee, le descrissero senza riguardo alla loro situazione, classificandole colle eruzioni che avvengono sovra altre parti del corpo. Questa è forse la cagione principale della oscurità che tuttavia involge questa classe di malattie cutanee: imperciocchè il peculiare tessuto anatomico degli integumenti del cranio e la presenza dei capelli portano a una distinta differenza nell'apparenza, e ad una ancor più grande diversità nel trattamento, dalla classe e dall'ordine medesimo di eruzioni (in quanto risultano da ordinamenti artificiali di malattie cutanee) situate ivi e sovra altre porzioni della superficie cuticulare.

È alquanto straordinario che malattie così comuni debbano in questa avanzata età della scienza me-

dica, richiedere ulteriore dilucidazione; — e tanto più che son desse malattie, le quali non richieggono per la loro investigazione che l'uso di un solo senso, quello della vista; laddove la diagnosi della maggior parte delle altre affezioni richiede l'applicazione di sensi molto meno educati, l'udito ed il tatto; e la nozione per mezzo loro acquistata debbe poi essere assoggettata al processo del raziocinio analitico.

Due sono principalmente le cause a cui io credo doversi principalmente ascrivere la leggiera attenzione con cui pare siasi in tutti i tempi considerata questa classe di malattie dai membri della Facoltà medica: prima, il fatto che la loro esistenza non mette in pericolo la vita, non essendo esse per verità, in molti casi, incompatibili con una salute eccellente: e seconda, la nojosa insistenza e l'ostinazione con cui si dice che resistano al più attivo trattamento. Nulla posso obbiettare alla prima di queste cause; poichè quantunque una forma di eruzione del capo, quando sia di lunga durata, produca o vada connessa ad un certo grado d'imbecillità mentale, non mi avvenne però mai di sentire un caso in cui la sua presenza abbreviasse la vita. Nondimeno il disgustoso carattere di queste affezioni, il tedio che dànno al paziente — quasi sempre bambino o giovinetto — e alla sua famiglia, — e la difficoltà o anche il pericolo che accompagna il loro trattamento quando divengono croniche, le rende, a me pare, altrettanto meritevoli di attenta investigazione quanto molte altre affezioni di carattere più grave che attaccano la macchina umana.

La seconda causa, la loro caparbietà, dovrebbe anzicchè essere una ragione per negligerle, — come io credo ne sia la principale — stimolare anzi ad investigarle onde accertarsi del preciso piano di cura meglio adattato a ciascuna forma, o determinare le misure terapeutiche con cui si possa vincere la naturale ostina-

tezza del loro carattere. Gli è precisamente da questo ostinato carattere, presentato da molte malattie, che si può in gran parte riconoscere l'esistenza degli empirici. Il paziente stanco della lunghezza di una malattia che gli sembra deludere l'arte del medico, cerca soccorso in ogni mezzo che prometta guarigione; ed il medico, impaziente del risultato di un caso, è troppo sovente indotto a ricorrere a metodi empirici di cura, rifiutando quelli che l'esperienza gli avrebbe dovuto mostrare come tuttavia meritevoli di ulteriore esperimento. Non vi ha classe di malattie in cui ciò sia così vero come in quella ch'io sto per descrivere. Molto si è fatto in questi ultimi anni per la loro diagnosi, ma ben poco per la loro cura. I numerosi rimedii stati proposti sono pressocchè tutti empirici, ben di rado tenendosi conto dello stadio della malattia, o della costituzione del paziente; e per necessaria conseguenza, *le malattie eruttive della testa presentano un vasto campo all'impostura.*

È mio scopo quindi nel seguente saggio, promovere l'attenzione alle eruzioni della testa, come a classe speciale di malattie — dotate di somiglianza così vicina colle eruzioni cutanee di altre parti del corpo da dovernele designare cogli stessi nomi generici, ma pure abbastanza distinte da richiedere per la loro diagnosi, e specialmente per la loro efficace cura, una descrizione specifica. Le osservazioni ch'io oso presentare alla Facoltà sono basate sulla mia personale esperienza nelle sale del « Jervis-Street Hospital », nel vasto dispensario annesso a quello stabilimento, e sui risultati di casi di pratica privata. Io non mi addentrerò in una dettagliata notizia della storia di questa classe di malattie cutanee, nè degli Autori che hanno scritto su questo argomento, se non in quanto sarà necessario per dilucidare le mie proprie osservazioni.

Le diverse varietà di eruzioni che si manifestano sul

capo sono, da una eccezione in fuori, di carattere decisamente infiammatorio nel loro primo stadio. Esse sono quindi naturalmente divisibili in due gruppi, *infiammatorio* e *non infiammatorio*. Questa divisione è, per quanto io credo, specialmente apprezzabile quale indicazione dei principii che ci debbono guidare nella cura; poichè quantunque le affezioni infiammatorie, non altrimenti che le infiammazioni che si manifestano in qualunque altra parte del corpo umano, divengano croniche, e molto, quindi, rimettano del loro carattere infiammatorio, bisogna non pertanto aver sempre presente che esse non sono mai capaci, neppure nel loro stadio più cronico, di sopportare una cura stimolante così liberamente come la malattia che costituisce la seconda divisione; e che in niun caso è mai indicata l'applicazione degli stimolanti nel loro primo stadio. Così una tale classificazione pone d'un tratto i fondamenti ad un piano di trattare queste affezioni, razionale, e contraddistinto dall'empirico.

I nomi generici da me adoperati, sono quelli che si trovano nella classificazione delle malattie della cute del dottor *Willan*. Essi indicano con sufficiente precisione i caratteri distintivi delle eruzioni; e noi coll'adottarli ci prepariamo una semplicità di nomenclatura, ed evitiamo la confusione che risulta dal proporre nuovi nomi per le malattie. Io non adopero che un solo appellativo specifico per ciascun genere, e questo si rapporta alla sede dell'affezione, distinguendola da una eruzione simile che avvenga in altre parti del corpo.

La classificazione ch'io propongo può ordinarsi come segue:

Malattie eruttive del cuoio capelluto.

Infiammatorie.	*Non infiammatorie.*
Herpes capitis	Porrigo capitis
Eczema capitis	
Impetigo capitis	
Pityriasis capitis	

Si vedrà che sono escluse da queste classificazioni alcune malattie cutanee che vengono ordinariamente descritte come proprie del cuoio capelluto. La ragione per cui si escludono è che la psoriasi, la lebbra e l'ectima, altre eruzioni che possono manifestarsi in questa situazione, vi si trovano assai di raro fuorchè in connessione alla loro esistenza sulla cute in generale; e siccome la loro presenza sulla testa non richiede un piano speciale di cura, esse non possono considerarsi quali malattie peculiari a questa porzione di superficie cuticulare.

Avanzandosi ancora nell'analisi di questa classe di malattie cutanee, noi troviamo che le due prime appartengono all'ordine delle *vescicole*, la terza alle *pustole*, la quarta alle *malattie squammose*, e la quinta alle *produzioni vegetabili.*

Io vengo ora a descrivere individualmente ciascuna delle forme che costituiscono il primo gruppo, e parlerò poscia collettivamente della loro cura.

Herpes capitis. — La varietà di erpete che si riscontra sul cuoio capelluto differisce alquanto ne' suoi caratteri da tutte le specie di queste malattie che si manifestano sovra altre parti del corpo. Somiglia più di tutto all'*herpes circinnatus*, ma ne differisce pel pochissimo sviluppo delle vescichette che appajono al principio dell'eruzione, e pei caratteri di una malattia squamosa che assumono quasi immediatamente. Esse concordano così colla descrizione che dà *Cazenave* nelle sue « Léçons sur le maladies de le peau », di una varietà di erpete ch'egli propone di denominare *herpes squamosus*, ma che, quando avviene sulla testa, egli chiama *herpes tonsurans.* Ma con un attento esame, il carattere vescicolare dell'eruzione, e il suo decorso, sono abbastanza ben contrassegnati per autorizzare a classificarli come una specie d'erpete.

L'herpes capitis attacca d'ordinario fanciulli dall'età di 3 a 12 anni. È rarissima nella prima infanzia, nè io l'ho mai incontrata dopo l'età della pubertà, eccetto in un caso in cui aveva incominciato a 13 anni, e durava già da oltre a cinque anni, quand'io vidi il caso. Molto raro è l'incontrarsi a vederla nel suo primo stadio, — quello di vescichette, — imperocchè producendo in quel periodo pochissimo incomodo, ne avviene che non si ricerca il consiglio medico finchè non diviene più sviluppata. Quando però la si vede nel suo principio, ha l'aspetto di piccoli anelli di minute vescichette, aventi il diametro di non più d'un ottavo di pollice, senza nè rossore nè altro sintomo d'infiammazione, eccetto che un lieve solletico — non prurito. Queste vescichette non dànno quasi alcuna secrezione, essicandosi e disquamandosi bentosto; ma a misura che disseccano nel centro, si dilatano alla circonferenza, cosicchè in pochi giorni le placche ammalate giungono alla dimensione di uno scellino.

Se noi facciamo un'inspezione in questo stadio, troviamo che il centro, la parte dove primieramente apparve l'eruzione, è ingrossata, rilevata sopra la superficie degl'integumenti rimanenti, e ricoperta di sottili lamine, che rapidamente si rinnovano a misura che vengono staccate. Talvolta non havvi sulla testa che una sola di queste placche di erpete, ma più sovente ve ne hanno tre o quattro o più anelli, distinti, ed a qualche distanza l'uno dall'altro: questo più avanzato stadio della malattia è d'ordinario accompagnato da molto prurito.

A misura che la malattia progredisce, il capello prende un aspetto affatto peculiare, patognomonico quasi di questa forma d'eruzione del cuoio capelluto. Nel primo stadio ciascun capello si ripiega lievemente sovra sè stesso, volgendosi verso il bulbo, nè è possibile tenerlo lisciato; le radici sono pure alquanto unite insieme dalle

croste squamose dell' eruzione. Dopo qualche tempo esso presenta un' alterazione morbosa, ed è attorcigliato, laurato, di colore bianchiccio, e cade facilmente; per cui incominciano a comparire spazii calvi, disseminati di piccoli ciuffetti di questi capelli alterati, che non male furon detti somiglianti a stoppa. Questo stato dei capelli ha indotto alcuni scrittori a descrivere quest' affezione come una malattia dei capelli stessi anzichè del cuoio capelluto. Così il dott. *Erasmus Wilson*, uno dei più recenti scrittori inglesi delle malattie cutanee, l' ha chiamata *trichonosis* (da θρὶξ *capillus*, e νόσος *morbus*) *furfuracea*.

Non in tutti i casi però questa eruzione prende il preciso carattere or ora descritto. Nel primo stadio — in cui però, come si detto, avviene di rado che sia veduta dal medico, — la sua apparenza concorda sempre con la datane descrizione, eccetto che in alcuni casi vi è più infiammazione che in altri; ma negli stadii più avanzati essa varia moltissimo tanto pel grado di desquamazione, come per l' aspetto delle placche prominenti: ed è a questo fatto che si dee la somma confusione indotta nella diagnosi e nella nomenclatura della malattia. Pure, anche nei casi più cronici o complicati, la forma circolare dell'eruzione e la peculiare condizione del capello, deggiono rendere la sua diagnosi più facile anche ad un occhio mediocremente esperto.

L' herpes capitis è la vera erpete (letteralmente verme annulare — « ring-worm ») del cuoio capelluto.

Si è da taluno posta in dubbio la natura contagiosa di questa eruzione; ma troppi esempi ho io veduto della sua diretta comunicazione da fanciullo a fanciullo, di famiglie *differenti*, in cui non poteva valere l'argomento della parità di costituzione e di regime dietetico, per conservarne il menomo dubbio. Io considero la contagiosità dell' erpete della testa così provata come quel-

la del vajuolo. Non voglio già dire che il contatto possa trasmettere la malattia ai piccioli bambini o agli adulti, poichè in ambe queste età, come ho già notato, la si manifesta ben di rado: ma che il contagio la produrrà in fanciulli dell'età in cui è dessa più idonea a manifestarsi, e che, non altrimenti che nelle altre affezioni contagiose, vi sono individui più predisposti o più inclinati ad esserne attaccati che altri. Non credo sia mestieri ch' io mi appelli all'esperienza di molti medici relativamente alla diffusione di questa eruzione negli stabilimenti ove sia congregata insieme la gioventù dell'uno o dell'altro sesso, o alle prove che così frequentemente ci si parano innanzi nella pratica privata della sua propagazione per contagio o col portare il cappello, o coll'adoperare la spazzola da testa di un ragazzo affetto dalla malattia. Potrei riferire molti esempi d' entrambi questi modi di propagazione, da me direttamente conosciuti, ma preferisco di citare il seguente rimarchevole esempio tratto da *Cazenave.*

« Al 29 d'aprile 1840 venni chiamato dal direttore di un collegio in Parigi per visitarvi, insieme al medico e al chirurgo dello stabilimento, dei fanciulli affetti da una eruzione alla testa. I medesimi m'informarono che verso l'epoca corrispondente dell'anno antecedente sei o otto fanciulli di una delle scuole minori erano stati attaccati da un'eruzione simile a quella per la quale mi si era allora fatto chiamare; che non eravi mai stata la menoma traccia di questa malattia fino all' entrata di un ragazzo che ne era affetto prima della sua ammissione; e che l' eruzione si limitò agli alunni delle scuole minori, con una sola eccezione la quale avvenne in un fratello d'uno dei ragazzi affetti, ma che era alunno in altro collegio (1) ».

(1) Leçons sur les maladies de la peau. 1846, folio, p. 47.

L' herpes capitis non produce calvizie; i capelli alterati cadono dagli spazii ammalati, i quali, scomparse che siano nel progresso di cura le squame, vengono così a rimanere calvi; ma il capello vi può crescere nuovamente, essendovi di questo modo una essenziale differenza fra quest'affezione e l'alopecia. Questa malattia, ove non sia avvertita e curata convenientemente nel suo primo stadio, diviene bentosto cronica ed ostinata, e perde il suo carattere infiammatorio.

Eczema capitis. — Codesta è, non altrimenti che l'erpete, un'eruzione vescicolare; ma essa non tarda a perdere questo carattere, e presenta ne'suoi varii stadii tanta diversità di alterazioni, che la sua diagnosi non è sempre scompagnata da difficoltà: in una delle sue forme presenta una tale somiglianza coll'impetiggine, l'eruzione che verremo qui sotto a descrivere, che molti A. ne riconobbero una specie che denominarono «eczema impetigonoides». Colla vista, per altro, di meglio semplificare, evitando suddivisioni numerose, io ho prescelto di descrivere le differenti forme di malattia sotto una sola denominazione specifica.

L'eruzione dell'eczema della testa è preceduta da calore, da solletico e da prurito, alle quali sensazioni succede ben presto lo sviluppo di minute vescichette, accumulate insieme in placche irregolari, o disseminate sovra estesa superficie. L'intervallo fra le vesciche e il fondo della cute su cui sono sparse è rosso ed infiammato; in molti casi le vescichette sono così minute che difficilmente si distinguono, almeno finchè non sono scoppiate, dando esito ad una copiosa essudazione di un liquido sieroso dal quale le radici dei capelli vengono agglomerate insieme. Nelle forme acute della malattia, questa essudazione sierosa continua per molto tempo, ed è un sintomo assai molesto; ma nelle forme croniche, — ed alcuni casi assumono il carattere cronico fin dalle pri-

me — essa si essica rapidamente in lamine furfuracee sospinte innanzi dai capelli a misura che crescono.

Le vescichette dell'eczema compajono d'ordinario primieramente dietro le orecchie in prossimità al margine del luogo capelluto, d'onde la malattia si diffonde rapidamente,attaccando generalmente l'orecchio medesimo; in alcuni casi la testa vien tutta ricoperta dall' eruzione nel periodo di una settimana o di dieci giorni, ma in altri casi essa si diffonde lentissimamente.

Nel progresso dell' affezione, molto variano le apparenze della superficie intaccata; talvolta è dessa pochissimo o nulla elevata al di sopra delle parti sane, e non è dessa riconoscibile che dalla essudazione acquosa che mantiene i capelli in istato costantemente umettato. In altri casi la cute è screpolata o escoriata,e secerne un pus leggiero e bianchiccio che si essica in croste grigio-brune, presentando screpolature o fenditure, attraverso alle quali vedesi la superficie infiammata. In una terza forma, l'essudazione sierosa si essica prontamente in lamine membranacee estremamente sottili, cui la più lieve frizione fa tostamente cadere, ma che cagionano molto prurito. Ed havvi una quarta varietà caratterizzata da una ripetuta eruzione di piccole placche di vescichette, — le quali placche di rado oltrepassano la dimensione di una piccola fava — sparse su tutta la testa, e che percorrono tutti gli stadii dell'eczema quale si osserva sovra altre parti della superficie cuticulare, e scompajono entro sette od otto giorni, ma per essere rapidamente susseguite da una nuova invasione della malattia.

I capelli nell'eczema, per quanto a lungo duri la malattia, rimangono inalterati. Allorchè nelle forme acute, che siano accompagnate da molta infiammazione, avviene ulcerazione della cute, il capello naturalmente cade; ma nel progresso della guarigione ripullula di nuovo, in istato perfettamente sano, ad eccezione che negl' indivi-

dui che abbiano oltrepassata la pubertà, i nuovi capelli spuntano sovente canuti.

L'eczema capitis non è malattia contagiosa; la sua causa (e questo può applicarsi anche alle altre eruzioni della testa) non si potrebbe con fondamento determinare. Esse tutte si manifestano tanto nei fanciulli scrofolosi che in quelli che nol sono, sui sani come sui delicati, sui mal nodriti, male alloggiati, e semi-nudi figli del povero, come sui figli del ricco abbondantemente nodriti, bene alloggiati e ben riparati dalle intemperie; insomma l'unica causa che si possa plausibilmente assegnare pel loro sviluppo è quell'una difficilmente compresa, la *costituzionale*. Noi veggiamo esservi in molte famiglie una predisposizione peculiare a malattie della cute, predisposizione che si dimostra ereditaria; il medesimo è delle eruzioni sulla testa. La loro durata, se non il primo sviluppo, viene senza dubbio favorita da mancanza di nettezza.

L'*impetigo capitis* è una malattia pustolare, ed è l'unica di questa classe che si verifichi sulla testa. La sua manifestazione nei fanciulli è preceduta di alcuni giorni da sintomi febbrili, frequentemente accompagnati da vomito; la superficie del capo è calda e dolente, e la parte che va ad essere affetta presenta un rosso eritematoso. L'eruzione compare, o in distinte pustole di carattere *psidragico* disseminate sul capo, o in gruppi addensati sovra una base infiammata. Nel primo caso, ciascuna pustola è grossa circa come un piccolo pisello tanto in circonferenza che in prominenza, ed è accompagnata da poca infiammazione circostante. Nel secondo giorno dopo il loro sviluppo, ogni pustola contiene alla sommità una densa materia gialla la quale bentosto matura, e la pustola scoppia emettendo il pus contenuto che si essica rapidamente in croste giallo-verdognole. Questa forma d'impetiggine — l'*impetigo sparsa* di molti

scrittori, — assume di rado il carattere cronico, e durata che sia per qualche tempo sovra una parte del cuoio capelluto, si continua con nuove eruzioni in altre parti del medesimo; il più sovente però trapassa nella seconda forma.

Questa seconda forma della malattia è, come ho detto, caratterizzata dall'essere l'eruzione in gruppi di pustole; oltracciò le singole pustole sono altresì diverse di carattere, appartenendo alla varietà che è stata denominata *achores*. Il loro sviluppo è accompagnato da sintomi più decisi d'infiammazione sì generale che locale, e il calore e il prurito sono in molti casi così forti, che i fanciulli si lacerano gl'integumenti, e impediscono che la malattia possa presentare il suo vero carattere pustolare, proprio del primo stadio. L'eruzione incomincia d'ordinario sulla fronte, involgendo al tempo stesso parte del cuoio capelluto; le placche infiammate variano di grandezza e di forma ne'diversi casi; non estendendosi in alcuni più che da mezzo ad uno o due pollici, nella loro maggiore lunghezza, mentre in altri ne è fin dal principio intaccata la più gran parte della testa; in quasi tutti i casi la cute confinante col cuoio capelluto è più o meno involta nella malattia, ed essa compare al tempo stesso sovente sulle orecchie o su qualche parte della faccia. Le pustole non sono così grosse come quando si manifestano così isolate; i loro integumenti sono più leggieri, ed il pus che contengono non è così consistente, ed è di un color giallo più risentito. Esse divengono ordinariamente confluenti prima di scoppiare; e la crosta giallo-verdognola (e se è cronica verdognola-bruna) che ne risulta, è in conseguenza più estesa. Continuata che sia per qualche tempo l'eruzione, si secerne dal disotto delle croste verdognole una gran quantità di pus giallo vivo, e le croste si separano in fenditure per dare esito alla materia, lasciando vedere la sottostante esco-

riata superficie della cute fortemente infiammata dalla quale viene secreto il pus.

In entrambe le forme dell'impetiggine il capello rimane inalterato; esso è d'ordinario impastato insieme dalla secrezione purulenta e dalle croste, ma non cade nè cangia aspetto nemmeno nei casi più cronici.

L'impetigo capitis non è malattia contagiosa; si trova in tutte le età, ma più specialmente nella prima infanzia, durando per diversi anni ove non venga convenientemente curata; ben di rado avviene per la prima volta passati i 9 o i 10 anni; io ho peraltro veduto due casi in cui l'eruzione ebbe luogo in età avanzata: in entrambi la malattia apparteneva alla forma descritta per la prima.

Nello stadio cronico di questa eruzione della testa, si formano assai sovente de'piccoli ascessi sulla nuca, confinanti colle radici dei capelli; ed alcune delle glandole linfatiche formanti la catena situata posteriormente al muscolo sterno-mastoideo s'ingrossano, si gonfiano e si rammolliscono, non suppurando però che in rarissimi casi.

La *pityriasis capitis* è una malattia squamosa, e quantunque io l'abbia collocata fra le malattie infiammatorie della testa, l'infiammazione che l'accompagna è, fin dalle prime, di carattere cronico; e parrebbe in fatto costituire una divisione intermedia fra le eruzioni infiammatorie e non infiammatorie di questa parte del derma. La sua comparsa non è accompagnata da verun segno di sconcerto costituzionale o locale, ma subito dopo la sua eruzione sul capo, vi eccita molto prurito, senza calore o rossore della superficie. La malattia consiste nella secrezione di numerose squame, minute, papiracee, aride, disperse nella più dei casi per tutto il capo, senza una sensibile elevazione della superficie, e affatto destituite da umidità. Non mi è dato di poter descrivere il modo preciso in cui questa eruzione si manifesta, non avendola io mai veduta se non dopo il com-

pleto sviluppo della secrezione squamosa, non essendovi sintomi prima d'allora che ne dessero indizio al paziente. Le squame producono molto prurito, e costringono l'individuo affetto a graffiarsi il capo, per cui le squame si staccano prontamente e abbondantemente sotto forma di una sottil polvere di forfora, ed il loro distacco è rapidamente sostituito da una nuova secrezione.

Se noi ci facciamo ad esaminare la condizione degli integumenti nella pityriasis capitis, ne troviamo la superficie densamente coperta dalle squame imbricate, con piccioli intervalli qui e colà, e la cute delle porzioni sane presenta un aspetto più polito e levigato del naturale. Staccata che siasi una delle squame, si trova che il luogo che occupava è molle, e che se ne può staccare un'altra squama più sottile; e non è che dopo staccate parecchie squame l'una più sottile dell'altra, che si giunge alla arrossata ed infiammata superficie del capo, la quale è alquanto depressa.

La molestia maggiore cagionata da questa eruzione è il prurito; il paziente nel graffiarsi per cercare sollievo distacca una gran quantità di forfora; e nel fanciullo l'irritazione giunge sovente a tale che l'integumento è lacerato, s'infiamma, vi compajono vescichette eczematose, e l'affezione originale viene a complicarsi con la malattia precedentemente descritta.

La pityriasis è più di tutto comune ne' bambini lattanti, e la sua frequenza va decrescendo a misura dell'avanzarsi verso la pubertà, nella qual'epoca incontrasi di rado, ricomparendo però di nuovo all'avvicinarsi della vecchiaja. Pare quindi più frequente quando il capo è meno coperto di capelli, ed altresì più comune negl'individui di capello fino. Se noi volessimo ragionare su questo fatto, relativamente alla causa di questa forma d'eruzione della testa, potremmo ragionevolmente conchiudere che l'eruzione squamosa sia uno sforzo di natura per proteggere quella porzione di superficie, allorchè le manca il suo naturale indumento.

Nella pityrisias capitis il capello rimane inalterato.

La diagnosi differenziale delle quattro eruzioni infiammatorie della testa, sarà, cred'io, resa più semplice dall'ordinamento dei loro caratteri essenziali nella seguente tavola:

Herpes capitis	*Eczema capitis*	*Impetigo capitis*	*Pityriasis capitis*
Eruzione vescicolare Si manifesta in placche circolari.	Eruzione vescicolare. In placche di forme irregolari, o disseminata sovra un' ampia superficie del capo.	Eruzione pustolare. Diffusa in singole pustole, o in masse confluenti strettamente aggregate.	Eruzione squamosa. Sparsa per tutto il capo.
La precede o l' accompagna una infiammazione sempre leggiera.	La precede e accompagna una infiammazione moderata; di rado molto attiva.	La precede o accompagna una infiammazione generalmente attiva	Non l' accompagna niuna infiammazione, a meno che non la produca qualche irritante: la precede d' ordinario una lieve infiammazione.
Scolo sieroso in poca quantità che dura solo pochi giorni.	In una delle sue forme, scolo prima sieroso, poi siero-purulento copiosissimo; nell' altra forma, scolo insignificante, ma più copioso e durevole che nell' erpete.	Scolo purulento: sempre copiosissimo.	Nessuno scolo.
La secrezione si essica in sottili e molli squame, prontamente staccate dal menomo contatto, ma che si rinnovano rapidamente.	La secrezione si essica o in squame giallo bruniccie, fra cui lo scolo si pratica la sua via, o in squame furfuracee.	Lo scolo purolento si essica in croste giallo verdognole, da cui viene in molti casi ricoperta tutta la testa, e talvolta anche la fronte e parte del volto come da una maschera.	Le squame sono minute, secche, papiracee e imbricate, sebbene o poco o nulla elevate sovra la superficie della cute; si separano prontamente in forma di sottil polvere di forfora.
Il capello sulle placche ammalate è ripiegato, attorcigliato, lacero e bianchiccio; quando la malattia è cronica, cade al menomo tocco, lasciando spazii calvi, disseminati di masse di capelli ammalati somiglianti a stoppa; ma sul progresso della guarigione il capello cresce nuovamente.	I capelli sono legati insieme da squame furfuracee, ovvero sono mantenuti in istato di continua umettazione dallo scolo; ma il tessuto e l'apparenza loro sono inalterati.	I capelli sono impastati insieme dal denso scolo e dalle squame, ma è del resto inalterato.	Il capello è inalterato, ma cade più facilmente del naturale.
Molto contagiosa.	Non contagiosa.	Non contagiosa.	Non contagiosa.
D'ordinario avviene in fanciulli da	Avviene in tutte le età, ma più [illegible] infanzia	Avviene nei fanciulli di tutte le età, ma di rado in adulti. La	D'ordinario avviene o nella prima infanzia o in età avanzata; è

Quantunque la tumidezza delle glandole del collo, e gli ascessi sulla testa si trovino più frequentemente nell'impetiggine, essi possono associarsi a qualunque forma d'eruzione della testa; non sono quindi di alcun valore come sintomi diagnostici. Oltre a ciò non pare vi siano altri sconcerti costituzionali *peculiari* alle eruzioni infiammatorie della testa.

Delle quattro varietà ora descritte, quella che mi si presentò più frequentemente fu l'eczema; dopo questa l'empetiggine; poi l'erpete; e meno frequentemente di tutte le pitiriasi.

La prognosi di queste eruzioni dipende più dalla lunghezza del tempo che possa essere durata l'eruzione, che dalla varietà della medesima; più hanno esistito a lungo, più sono esse ostinate, come altresì più idonee a riprodursi dopo la guarigione. Se si curano dapprincipio, esse guariscono generalmente in quindici o venti giorni, e talvolta anche in molto minor tempo; ma nei casi d'antica data, è raro che la guarigione si compia in meno di due o tre mesi. Relativamente alla forma peculiare d'eruzione, la prognosi della probabilità di guarigione, si è a me presentata nell'ordine seguente: 1.° Forma d'impetiggine sparsa; 2.° pitiriasi; 3.° forma umida dell'eczema; 4.° impetigine confluente; 5.° erpete; 6.° forma asciutta dell'eczema.

Rispetto al primo gruppo di malattie eruttive della testa, io credo che due principii debbano porsi, all'oggetto che la loro cura venga basata sovra fondamenti razionali e non empirici: primo, che esse sono affezioni infiammatorie; e secondo, che sono costituzionali. Che siano infiammatorie, ciò è abbastanza provato dalla infiammazione che le precede e le accompagna, e dal carattere delle eruzioni stesse, allorchè avvengono sovra altre parti della superficie cuticulare. È evidente, da quanto ho detto descrivendone i sintomi e la diagnosi, che

esse non sono tutte egualmente infiammatorie, ed altresì che rimettono molto del carattere infiammatorio quando divengono croniche. Che esse siano malattie costituzionali, è provato particolarmente dal gran vantaggio che apportano nella loro cura le medicine alteranti interne.

Io non dubito che non sia appunto alla trascuranza di questi due principii che si debba ascrivere la difficoltà così generalmente riconosciuta, di trattare le malattie della testa. Imperocchè noi troviamo alcuni confidare del tutto nei soli rimedii esterni, altri negli interni soli; e molti pratici applicano gli stimolanti i più attivi alla testa in ogni forma o stadio delle sue eruzioni. Le applicazioni stimolanti sono, non v'ha dubbio, capaci, in alcuni casi, di guarire queste malattie, quando esse sono divenute del tutto croniche, ed hanno, per così dire, pressocchè consunte sè stesse; ma il loro modo di azione è di eccitare nell' integumento una nuova infiammazione dal quale vien germinata una nuova azione sufficiente a cangiare la condizione quivi previamente esistente. Esse, peraltro, sono più di frequente inefficaci, ed allora la malattia esistente si esacerba assai coll'uso loro; d'altronde, non è che negli stadii estremamente cronici che si trovano vantaggiose, poichè l'uso delle applicazioni stimolanti anche le più miti è sommamente nocivo nei primi stadii di qualunque delle eruzioni del primo gruppo.

Una regola generale da me adottata nella cura di tutte le forme di malattie eruttive della testa, e da cui sembrami avere ritratto molto vantaggio, è di non mai radere i capelli. Io insinuo che si taglino con una forbice affilatissima, e che si tengano tagliati il più rasente possibile finchè rimane la menoma traccia d'eruzione. Ma l'operazione del radere il capo produce per sè stessa molta irritazione, e contrasta così coi rimedii adopera-

ti. Per la ragione medesima, io non permetto l'uso del pettine, o di spazzole forti, che vengono generalmente usate coll'intento di sollevare e distaccare le croste. Si può far uso delle spazzole *più molli*, ma quando si tiene il capello tagliato abbastanza rasente, non è d'uopo neppur di questo.

I rimedii locali ch'io adopero d'ordinario sono i carbonati di soda e di potassa, facendovi un unto con lardo preparato, o una soluzione con acqua distillata o con acqua rosata. Ne faccio uso a diversi gradi di forza, secondo la forma dell'eruzione, e il maggiore o minor grado dell'infiammazione che l'accompagna. Il carbonato di potassa, come quello che è di carattere alquanto più irritante, non è applicabile che in quei casi in cui l'infiammazione accompagnatoria è leggiera, come generalmente la è nella pitiriasi, in molti casi di erpete, e nelle forme più croniche di eczema; ma il carbonato di soda è meglio adattato nella impetiggine in tutti i suoi stadii, e nei casi acuti e recenti delle altre eruzioni. La quantità dell'uno e dell'altro carbonato nell'unto, varia da 20 grani a mezza dramma per ciascuna oncia del lardo preparato. Siccome esso ha un odore disgustoso, nella pratica privata vi aggiungo d'ordinario tre o quattro goccie d'olio di limone o di bergamotto, locchè altresì lo conserva meglio; quando però l'infiammazione è molto attiva, anche questa piccola quantità d'olio essenziale lo renderebbe troppo stimolante: in ogni caso, incomincio col preparato più debole. L'unto si applica tre volte al giorno, stendendolo leggiermente sovra l'eruzione: la testa si lava ogni mattina colla corrispondente lozione alcalina, innanzi fare la prima applicazione per la giornata. Nei casi molto inveterati, in cui il capo sia coperto da grosse e solide squame, si deve primieramente applicare per dodici ore una leggiera poltiglia di farina di linseme, in appresso ricoprire il

capo con un pezzo di tela usata sulla quale è stemperato l'unto, e porvi disopra una berretta di stoffa di seta; questo si lascia per altre dodici ore, dopo di che le squame si staccano prontamente, lavando la testa con una lozione di carbonato di soda. Così si prepara una superficie pulita, sulla quale l'unto agisce più prontamente.

Le lozioni alcaline si preparano sciogliendo da mezza dramma a una dramma di carbonato di soda o di potassa in una pinta d'acqua di rosa o d'acqua distillata. La testa si lava almeno una volta al giorno con una di queste lozioni durante la cura. Con esse si mantiene la cute più pulita e più libera dalle squame che non coll'acqua e sapone, che d'altronde io non permetto mai di adoperare, poichè la proprietà irritante del sapone tende molto a ritardare la guarigione. In alcuni casi in cui non siano convenienti le applicazioni untuose, della qual cosa non possiamo essere fatti certi che coll'esperimento, adopero per unica applicazione esterna l'una o l'altra di queste lozioni; ma allora le faccio applicare cinque o sei volte al giorno.

Nelle forme croniche di qualunque delle eruzioni di questa classe, è sempre necessaria l'applicazione di un mite stimolante sulla testa; ma più specialmente nei casi d'impetiggine e di eczema di lunga durata. La preparazione che io ho trovata più utile, è un unto citrino assai diluito, — da mezza dramma a una dramma dell'unguento officinale per un'oncia di lardo preparato. Questo si applica una sola volta al giorno, nell'andare a letto, e si lava via alla mattina colla lozione alcalina, che si adopera pure nella giornata tre o quattro volte.

Nella cura della classe infiammatoria delle malattie eruttive della testa, la medicina alterante che io adopero è l'ioduro giallo di mercurio (quello impropriamente denominato proto-ioduro dalla Farmacopea di Londra): lo prescrivo combinato con idrargirio con creta, e con pol-

vere aromatica. Ad un fanciullo di sei anni dò un mezzo grano di ioduro giallo di mercurio, due grani d'idrargirio con creta, e due grani di polvere aromatica ogni due mattine; per un ragazzo di più età ordino la quantità medesima tutte le mattine; e per uno minore, solo ogni terza o quarta mattina. Se però il fanciullo non passa i tre anni, ordino la metà di questa quantità due volte alla settimana; e per i bambini lattanti, ommetto l'ioduro di mercurio, e prescrivo o il mercurio con creta o il mercurio con magnesia, preferendo quasi sempre quest' ultima preparazione, come quella che è un purgativo mite più certo che il primo.

In tutti i casi tengo il fanciullo a rigorosa dieta lattea durante l'intera cura.

Tale è il sunto del piano di cura ch' io omai uso da oltre sei anni in questa ostinata classe di malattie, con esito quasi sempre uniforme, tanto per la rapidità, come per lo effettuare compiutamente la guarigione. Certo che alcuni casi sono più ribelli che altri: ma pochissimi ne ho trovati che resistessero fino a tre mesi ai rimedii che ora ho indicati, quando vennero adoperati con diligenza e perseveranza. Le eruzioni della testa, non altrimenti che le altre malattie cutanee, sono facili a ritornare: io ho quindi per regola invariabile di continuare la cura per due o tre settimane almeno dopo che la malattia è, secondo ogni apparenza, perfettamente guarita: non occorre di dire che è sovente difficile, se non impossibile, il praticare questo coi figli dei poveri, i nostri pazienti degli ospedali e dispensarii.

Innanzi prendere a descrivere la sola rimanente eruzione della testa, mi farò a brevemente riferire, ad illustrazione delle osservazioni precedenti, alcuni pochi casi.

Al 31 gennajo 1844 fui invitato a visitare master O' B., bel ragazzo di due anni, di carnagione florida, bene svi-

luppato nel corpo e negli arti, e piuttosto grasso. Egli aveva una eruzione sulla testa fin dall'età di nove mesi, per la quale era sempre stato d'allora in poi variamente trattato. Era un caso di gravissima impetiggine, essendo tutto il capo e la fronte fino alle sopracciglia ricoperti da croste giallo-verdognole; fra le quali essudava in varie parti una copiosa secrezione gialla; essa erasi di recente molto estesa, cosicchè la di lui madre temeva che ne dovesse bentosto essere coperta tutta la faccia. I capelli erano tutti impastati insieme; il capo era ardente, e la lingua molto sporca quantunque egli alleviasse regolarmente il ventre due volte al giorno; l'appetito era buono. Gli fu applicata su tutta la testa e la fronte una leggiera poltiglia di farina di linseme, lasciandovela per dodici ore; gli vennero ordinati tre grani di ioduro giallo di mercurio, dodici di mercurio con creta, e dodici di polvere aromatica, in sei polveri; da prendersene una, due volte alla settimana. Al mattino seguente, essendo le croste verdognole affatto rammollite, venne ordinato che gli si tagliassero i capelli il più rasente possibile, e gli si lavassero la testa e la fronte quattro volte al giorno con una lozione consistente in venti grani di carbonato di soda disciolti in otto oncie d'acqua di rosa. Scorsa una settimana, ed essendo la testa affatto libera da ogni tendenza a calore della superficie o ad azione infiammatoria, e pressocchè scomparse le croste, sebbene ancora copioso lo scolo, venne ordinato di spalmare la testa tutte le sere con un unto contenente mezza dramma di unto citrino per un' oncia di lardo, continuando la lozione e le polveri come prima. Questo trattamento fu continuato senza alcuna alterazione, eccetto che di aumentare della metà la forza dell'unto, pel periodo di circa tre settimane fino al 2 di aprile in cui non esisteva più la menoma traccia dell'eruzione; si lasciarono allora crescere i capelli, e si per-

mise che il paziente tornasse gradatamente a mangiar carni, cominciando da due sole volte alla settimana a pranzo; durante la cura era stato rigorosamente tenuto a dieta lattea. Io ho recentemente visitato il ragazzo e non vi era stato più riproduzione della malattia da quella data in poi, da omai più di quattro anni.

Questo caso è un esempio di rapida e permanente guarigione di una forma d'impetiggine molto inveterata. I casi recenti della varietà sparsa della eruzione si guariscono spesso in otto o dieci giorni, come negli esempi seguenti:

Michele Daly, bel ragazzo di tre anni, venne portato al dispensario di « Jervis-Street Hospital » al 3 febbrajo 1848. Sua madre disse che circa quattro o cinque giorni prima egli si era lagnato di avere la testa dolente e pruriginosa, e che nell'esaminarla essa trovò, come diceva, delle piccole ulcere in diverse parti della testa. Ma allora tutta quanta la testa era fatta sede dello impetigo sparsa; i capelli erano impastati insieme in varii luoghi dalle croste, ed eravi una buona quantità di secrezione. Si ordinò di tagliare i capelli rasenti, e di applicare ripetutamente sulla testa nella giornata una lozione di carbonato di soda — mezza dramma per dieci oncie d'acqua — ed un terzo di grano di ioduro giallo di mercurio, con un grano e mezzo di mercurio con magnesia, da prendersi ogni mattina. Il giorno 11 il ragazzo fu condotto al dispensario già perfettamente guarito; ma i rimedii si fecero continuare per altri dieci giorni. Al 25 di maggio ebbi occasione di rivederlo, e fino allora non aveva avuto ritorno della malattia.

James Keogh, d'anni 8, fu condotto all'ospedale al 9 maggio 1848, con impetiggine sparsa, manifestatasi da tre giorni; — trattamento come sopra; guarigione in dieci giorni.

Io conservo le descrizioni di numerosi casi d'impe-

tiggine così curati al dispensario dell'ospedale da sei anni in qua, e che furono osservati dai praticanti; ma gli è inutile riportarne altri. In un caso, il cui soggetto è James Donohoe, eravi estesa ulcerazione della cute sulla corona della testa, susseguita allo scoppiare di un ascesso, avvenuto in conseguenza di un grave e persistente attacco d'impetiggine; guarita che fu l'eruzione col trattamento ordinario, l'ulcerazione risanò in circa tre settimane sotto l'uso di una lozione di solfato di rame, tre grani per oncia, e i capelli crebbero dipoi sulla parte.

Di rado ho trovato che l'eczema, quand'anche conosciuto ne' suoi primi stadii, sia guarito così rapidamente come l'impetiggine, richiedendosi per la guarigione dei casi più miti da tre settimane ad un mese, e pei più gravi da due a tre mesi. Il caso seguente venne curato nell'ospedale.

John Halpin, di nove anni, fu ammesso nel « Jervis-Street Hospital » il 19 ottobre 1847, affetto da eczema di tutta la testa, ed esteso anche all'orecchio sinistro; i capelli erano glomerati insieme alle radici, e all'estremità libera coperti da lamine furfuracee secche. La malattia durava da un anno. Si ordinò il taglio rasente dei capelli, e l'applicazione di una leggiera poltiglia di linseme. Il giorno seguente fu prescritta una polvere contenente mezzo grano dell'ioduro giallo di mercurio, due grani di mercurio con creta, e due di polvere aromatica, da prendersi ogni mattina; l'applicazione sulla testa dell'unzione di carbonato di soda tre volte al giorno, e la lozione di carbonato di soda con cui lavare la testa tutte le mattine. Coll'8 di novembre essendo quasi guarito, ne divenne paziente estero; pure sebbene continuasse ad intervenire regolarmente al dispensario, non fu perfettamente guarito che al 20 di dicembre.

I casi di erpete e di pitiriasi sono molto meno comuni

che l'impetiggine o l' eczema; ed in questi ultimi otto mesi che io fui addetto al « Jervis-Street Hospital », ho curato 28 casi di eczema, 26 d'impetiggine, 6 di erpete, e 2 di pitiriasi; ma entrambe queste ultime eruzioni le trovo in proporzione assai maggiore nella pratica privata. La sola osservazione che ho da aggiungere circa al loro trattamento è che esse tollerano gli stimolanti — la lozione e l' unzione di carbonato di potassa, e l' unzione citrina diluita — ad uno stadio molto anteriore, ed in molta maggiore quantità che le altre due eruzioni.

Porrigo capitis costituisce la seconda divisione delle malattie eruttive della testa. Essa è essenzialmente una malattia non infiammatoria; poichè, sebbene sia in alcuni casi accompagnata da calore, infiammazione e prurito dell' integumento, questi sintomi dipendono dalla presenza di minute pustole che accompagnano alcune volte l'eruzione ma che in molti casi non esistono. Questa eruzione non può venire classificata nell'ordine artificiale delle malattie della cute trovato da *Willan*, o da altri dei più recenti scrittori di queste affezioni, in quanto che è dessa indispùtabilmente una produzione vegetabile; nozione sulla sua natura primamente promulgata da *Schönlein* nel 1839 (1) e da *Gruby* nel 1841 (2), e autenticata quindi dalle investigazioni di *Hughes Bennett* (3), *Corrigan* (4), *Müller* (5), *Lebert* (6), *Remak* (7), *Vogel* (8),

(1) *Müller's*, Archiv für Anatomie und Physiologie, pag. 82 (1839).

(2) Comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences, Tom. XIII, p. 32, 309 (1841).

(3) Transactions of the Royal Society of Edinburgh, Vol. XV, p. 277; Edinburgh Monthly Journal for June, 1842; and Northern Journal of medecine, sept. 1845.

(4) Dublin Hospital Gazette, Vol. II, p. 1.

(5) Archiv für Anatomie und Physiologie, 1842, p. 201.

(6) Physiologie Pathologique. T. II, p. 477, p. 22 (1845).

(7) Diagnostische und Pathogenische Untersuchungen, p. 193, fig. 5 e 6 (1845).

(8) Anatomie pathologique générale, traduit par *A. J. L. Jourdan*, p. 391 (1847).

Robin (1), e di altri. *Erasmo Wilson,* il più recente fra gli scrittori inglesi di questa malattia, nega la sua natura vegetabile; ma io mi sono chiarito dell'aggiustatezza delle conclusioni dedotte dalle investigazioni sovra citate, avendo co'miei proprii occhi esaminato in due casi il prodotto morboso con un forte microscopio. Non mi venne fatto a tutta prima di riconoscere la struttura peculiare del fungo, quale fu delineato da *Bennett* e più recentemente da *Robin,* ma questo provenne dall'avere io fatto uso di una lente troppo debole, dacchè le illustrazioni di *Robin* eransi fatte con un microscopio che ingrandiva di 500 diametri, e la lente ch'io aveva adoperata era di soli 300; ma adoperando un ingrandimento di 450, coll'oculare di poca forza e l'obbiettivo forte acromatico, col qual mezzo ottenni una forza sufficiente senza sagrifizio di luce, potei, senza difficoltà, verificare l'esattezza dei suoi disegni.

Porrigo capitis, la vera tinea, è una malattia piuttosto rara, che avviene in tutte le età, ma più generalmente nell'infanzia dagli otto ai dodici anni; io ne ho per altro veduto un caso in un bambino di soli otto settimane: e la persona più avanzata in età in cui l'abbia trovata fu il giovane Kierman, il cui caso darò poi per intero.

La porrigo non suscita nel suo primo stadio nè calore nè prurito alla testa, ed in conseguenza è ben dirado scoperta finchè non sia compiutamente sviluppata. Essa d'ordinario incomincia sulla fronte al margine del cuojo capelluto, ma si diffonde bentosto rapidamente sul capo, involgendone pressochè tutta la superficie, e non lasciando che pochi e piccoli spazii sani. Questa eruzione si manifesta anche sovra varie parti del corpo tanto sul

---

(1) Des végétaux qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivans; par M. *Ch. Robin.* Paris 1847.

tronco che sulle estremità; ma ben di raro io la ho ivi veduta, eccetto che quando esisteva al tempo stesso sulla testa.

L'apparenza di questa eruzione è così peculiare, e così distinta da tutte le altre malattie eruttive della testa, che non è possibile scambiarla per una di quelle. Si manifesta prima in forma di piccoli punti gialli e asciutti, grandi come una testa di spillo, situati sulla superficie della cute che è da essi lievemente depressa; ciascuno di questi punti è distinto, emisferico, lievemente concavo o scodellato alla sua superficie libera, e convesso di sotto dove aderisce alla cute. Levando il piccolo corpo ammalato, si trova la porzione di cute, su cui era situato, alquanto depressa, levigata e lucente. Una singola crosta, o *favus*, è spesso attraversata da uno e talvolta da due capelli che appajono come sorgessero precisamente dal centro ossia dalla porzione più depressa; ciò ha dato origine all'opinione che questa fosse una malattia dei bulbi dei capelli; ma il fatto che si manifesta anche in altre parti del corpo affatto prive di pelo, confuta abbastanza quest'opinione.

L'eruzione si diffonde per via di aggiunte al margine esterno, ossia circonferenza di ciascuna crosta, la quale mantiene così il suo carattere emisferico finchè arriva al diametro di due o tre linee, e talvolta anche di più. In un caso che ebbi recentemente in cura nell'ospedale, alcuni dei favi, che erano situati nel dorso, avevano fino ad un mezzo pollice di diametro; ma sulla testa è raro che eccedano le dimensioni sovra indicate. I favi adiacenti, si uniscono, crescendo, l'uno coll'altro, e formano grandi masse irregolari in cui va perduta la forma circolare originaria delle individue croste; il centro pure di ciascuna cambia d'aspetto, e in luogo della depressione scodellata, vedesi l'intera superficie ricoperta da alternate elevazioni e depressioni, o, per così dire, di dossi e

di solchi con ordine concentrico. Crescendo così l'eruzione, tutta quanta la testa, e sovente eziandio la fronte, il collo, e parti del tronco divengono inviluppate in una gran crosta gialla ai cui orli si veggono invariabilmente alcuni favi della peculiare apparenza caratteristica.

Le croste della porrigo sono di colore giallo di zolfo pallido; esse sono dure e secche, si rompono con frattura breve, presentando nell'interno una polvere farinacea di un giallo più pallido che la superficie esterna. Generalmente si possono distaccare con facilità dalla testa, ma trasportano con sè sottile strato d'epidermide, fortemente aderente alla loro superficie inferiore, nella quale si veggono con una lente discreta, e talvolta ad occhio nudo, delle piccole prominenze. Queste projezioni o processi, passano nel sottoposto derma, e quando le croste vengono strappate con violenza, esce sangue dai piccoli orifizii in cui stavano confitte. Il capello fin dal principio della porrigo si altera; molta quantità ne cade e gli sparpagliati capelli che restano sono sottili, lacerati, deboli, bianchicci, e facilmente staccansi unitamente alle croste della malattia entro le quali sono fortemente impiantati. Se questa affezione continua per un certo tempo, rimangono dopo la guarigione degli spazii calvi, sui quali non crescono più capelli; ed anche quando essa è stata curata nei primi stadii, il capello non riacquista più il suo carattere naturale, rimanendo sottile, debole, e di una tinta bianco-giallognola pallida.

Coll'avanzarsi della malattia, si manifesta grande irritazione della cute; spuntano qui e colà piccole pustole in luoghi fino allora non affetti dalla eruzione; il solletico e il calore sono così insopportabili da costringere il paziente a lacerarsi coll'ugne la superficie, anche fino al punto di produrre ulcerazione; si generano innumerevoli pidocchi; le croste del favo emettono un puzzo or-

ribile, simile a quello di sorci, e le pustole e gli spazii ulcerati secernono un fetido scolo; insomma, un individuo affetto da questa malattia diviene un oggetto stomachevole e disgustoso.

Io ho già fatto cenno della natura vegetabile di questa eruzione; gli è negli spugnosi e friabili contenuti del favo che meglio se ne discernono i caratteri. « Ridotto in polvere, e collocato sotto al microscopio, presenta, dice *Robin*, un misto —1.° di tubi tortuosi e ramificati, senza scompartimenti, vuoti o contenenti pochi granuli molecolari (*mycelium*); 2.° di tubi o diritti o ritorti, ma non tortuosi, qualche volta ma di rado ramificati, contenenti granuli o piccole cellule arrotondate, ovvero cellule allungate collocate estremità con estremità, in modo da rappresentare tubi partizionati con o senza articolazioni o giunture (*ricettacoli, ovvero sporangi, in varii stati di sviluppo?*); 3.° finalmente sporule libere o unite in coroncine. Il mycelium è abbondantissimo nella superficie interna dello strato esterno a cui aderisce. La massa spugnosa e friabile del centro di ciascun favo è principalmente formata dalle sporule e dai diversi tubi contenenti i granuli già descritti (*sporangi o ricettacoli?*). Spesso troviamo commisti ad essi tubi del mycelium, ma in poca quantità. Tutti questi elementi passano insensibilmente l' uno nell' altro; tubi vuoti (mycelium); tubi contenenti piccioli corpuscoli rotondi; tubi con corpuscoli grossi come le sporule più picciole; sporule collocate estremità contro estremità per modo da parere un cilindro cavo partizionato con una tendenza a separarsi alle giunture e sporule libere. *Bennet* ha dato un buon disegno di questo ordinamento (1) ». Il dott. *Robin* dà una minuta descrizione delle varie parti

(1) Op. cit., pag. 8.

onde questo fungo si compone, ed altresì fedeli e ben eseguite illustrazioni di questo parassito vegetale, per le quali cose a lui mi debbo riportare. Aggiungerò solo ch' egli adotta la nomenclatura di *Remak*, che l'ha denominato « Achorion Schönleinii ».

La porrigo capitis è una malattia contagiosa, propagandosi il vegetabile coi *micelii*. Il suo carattere contagioso venne da molti negato, fondandosi essi sulla rarità della malattia e sui falliti tentativi di produrla per inoculazione praticati da *Gruby* e da altri; il primo dei quali non riuscì a produrla che una sola volta in settantasei esperimenti sui vegetabili, nè mai una volta sugli animali. Ma *Remak* riuscì ad inoculare il suo proprio braccio nell'agosto 1842 (1); e *Bennett*, i cui ripetuti tentativi erano andati altre volte falliti sulla sua propria persona, riuscì compiutamente nel 1845 a produrre la malattia in uno della professione, mediante l' inoculazione e l'immediato contatto delle croste favose tolte dalla testa di un ragazzo che era in quel tempo nella « Royal Infirmary ». Il suo esperimento, come pure quello di *Remak*, si trovano descritti nel « Northern Journal of Medicine » di settembre 1845, pag. 202.

Ora in tutti questi esperimenti per generare la pianta, si è negligentato un fatto importante connesso colla storia naturale dei funghi parassiti, cioè, *che essi richieggono pel loro sviluppo un suolo peculiare*; così noi troviamo che un genere non si trova che sulla neve, un altro sul formaggio, un altro su altri corpi, varietà diverse sovra diverse corrotte materie vegetabili, e generi e specie individue sopra varii animali viventi o piante; anzi, sorti differenti sovra differenti parti dello stesso animale. E questo si verifica coll' Achorion Schönleinii; esso

(1) « Medicinische Zeitung » pel 1842.

richiede per la sua propagazione di essere piantato in un suolo peculiare, vale a dire in un individuo il cui sistema sia in una peculiare condizione cachetica; e finchè non è determinato quale sia questa esatta costituzione, anche un solo esempio della sua propagazione per contatto — e tali esempi non sono rari — deve essere tenuto come prova sufficiente del suo carattere contagioso.

Alcuni hanno sostenuto che questa eruzione avvenga soltanto nelle persone scrofolose; altri che sia una malattia ereditaria; ma nè l'una nè l'altra opinione concorda colla osservazione dei casi da me veduti. Pare che essa abbia qualche relazione, sebbene non possa dirsi relazione *causale*, colla povertà, il sudiciume, la miseria, e con un debole sviluppo delle facoltà mentali. Ma è certo che quando la malattia ha durato a lungo, l'intelligenza è debole, e la fisonomia ha una espressione idiota.

Ho parlato così diffusamente dei caratteri della porrigo, ed essa differisce così completamente dalle altre malattie eruttive della testa, che non credo necessarie ulteriori osservazioni sulla sua *diagnosi*. Quando l'affezione è divenuta cronica, è d'ordinario complicata con pustole impetigginose, con squame eczematose, e con pitiriasi.

La porrigo capitis è la più ostinata delle malattie eruttive della testa, e se ne ricordano casi che hanno resistito per anni al trattamento il più svariato; e da molti medici è in fatto reputata del tutto incurabile. La nostra prognosi, quindi, dovrà sempre essere meno favorevole per rispetto alla durata di questa affezione, che di qualunque altra forma d'eruzione. Ciò nullameno, l'esperienza ch'io ne ho fatta mi mette in grado di avanzare che quantunque malattia ostinata, è dessa però curabile, e che quando sia convenientemente governata può guarirsi in uno spazio di tempo molto più breve di quel che si crede generalmente.

Il metodo di cura che io trovai efficace nella porrigo, è ad un tempo costituzionale e locale. Il rimedio costituzionale da me adoperato è l' ioduro d' arsenico, alterante potente ed attivo, ma che pure può amministrarsi con tutta sicurezza al più piccolo bambino, purchè, s'intende, se ne veglino gli effetti convenientemente. La dose di questo preparato è: per un adulto, da un decimo ad un quarto di grano, aumentando a poco a poco; per un fanciullo di sei anni, un quindicesimo di grano; e per un bambino, da un diciottesimo a un ventesimo di grano. Per gli adulti è meglio sotto forma di pillola fatta con manna asciutta ed un pò di mucilaggine; pei fanciulli è più conveniente in polvere, soccorrendone la minuta divisione col mezzo di un pò di zuccaro bianco o di polvere aromatica. Allorchè il sistema è saturato con questa medicina, si manifestano ordinariamente alcuni sintomi costituzionali, come acuto dolor di testa, aridità della gola, ecc.; in alcuni casi però io l'ho amministrato per più settimane ad ampie dosi, senza altra manifestazione de' suoi effetti, a riserva di quella esercitata sulla malattia per la quale si amministrava. Ma quando produce i sintomi sovra indicati conviene intermetterne l'uso per alcuni giorni, e prendere un attivo purgante.

Il sunto del trattamento locale è questo: i capelli vanno tagliati, *non rasati*, il più rasente possibile, e va applicata e tenuta per dodici ore una gran poltiglia di farina di linseme, ad oggetto di ammollire le croste. Appena levata la poltiglia si lava bene la testa colla lozione di carbonato di potassa più forte, soffregandola delicatamente con una spazzola molle o con un viluppo di filaccie; poi si ricopre la testa coll' unto di carbonato di potassa spalmato sovra filaccia; e sopra a questo un berretto strettamente aderente di stoffa di seta: l'unto si rinnova due volte al giorno. Coll'uso di queste applicazioni, le croste dell'eruzione vengono generalmente a staccar-

si in due o tre giorni. Allo spirare di questo termine, all'unto di carbonato di potassa se ne sostituisce uno contenente ioduro di piombo, nella proporzione di mezza dramma di ioduro per un'oncia di lardo preparato; la testa si continua a lavarla tutte le mattine colla lozione di carbonato di potassa. — In alcuni casi si troverà che l'unto di ioduro di piombo eccita un certo grado d'infiammazione della superficie della cute dopo che se ne sia fatto uso per alcuni giorni; quando ciò avvenga, bisogna sospenderne l'applicazione per uno o due giorni, ed adoperare la lozione sola tre o quattro volte al giorno. Scomparso che sia questo primo attacco d'infiammazione, io non lo vidi più rinnovato, quand'anche si persistesse nell'uso dell'unto per mesi. La forza di quest'unto debbe aumentarsi dopo quindici giorni; e se la malattia si rinnova, raddoppiare anche quelle sovraindicate. Io non ho fatto uso se non da poco tempo della cuffia di stoffa di seta, ma pare che essa sia di molto giovamento. E il vantaggio da essa ritratto è doppio: nel primo tratto di cura, col tenere le dure e sode croste della malattia in una costante atmosfera d'umido tepore, le rammollisce, e le rende così più facili a staccarsi; e nel trattamento successivo, mantenendosi per essa il mucedineo vegetabile nel più stretto contatto coll'ioduro di piombo e colle emanazioni che ne derivano, viene più certamente distrutto e impedito dal riprodursi.

Continuato che siasi questo trattamento almeno per tre settimane o un mese, si deve desistere da ogni applicazione esterna, e lasciar crescere i capelli onde accertarsi se il fungo non sia per riprodursi; poichè sovente esso giacesi inerte, e si disviluppa poi rapidamente, quando non è più soggetto all'azione dell'ioduro di piombo. Se esso si riproduce, bisogna ricorrere come prima alle applicazioni esterne tosto che lo si discopra Noi dobbiamo continuare nell'uso dell'ioduro d'arseni-

co, finchè non siamo fatti certi che la guarigione è completa.

I principii razionali sui quali io opino che questo piano di cura della porrigo capitis riesce facilmente, e che primamente m'indussero ad adottarlo, sono: « *Che essa è una produzione vegetabile che cresce e si riproduce sulla superficie cuticulare d' individui il cui sistema è in un peculiare stato cachettico, e che in conseguenza, è un'affezione costituzionale* ». Lo scopo, quindi, è di distruggere la vitalità del fungo, e coll'alterare la natura del terreno sul quale fiorì, prevenire la sua riproduzione. Gli è col primo intento che adopero l'ioduro di piombo per applicazione locale; è per adempiere al secondo che amministro internamente l'ioduro d' arsenico. Parecchi sali metallici sono, come è noto, e come venne sperimentalmente provato, venefici pei vegetabili; ma le classi inferiori dei vegetabili, non altrimenti che le classi inferiori degli animali, posseggono una vitalità molto più persistente che quelli situati a più alto ordine. Ma tanto numerose erano le applicazioni locali state adoperate, senza frutto, nel trattamento della porrigo, che ben poche me ne rimanevano da sperimentare. Il sublimato corrosivo, adoperato già dal dott. *Corrigan* (1), pareva essere stato il più efficace di tutti, ma il pericolo dell' applicarlo sovra una estesa superficie ammalata, e continuarlo per un certo tempo, fu per me, in vista dei sintomi costituzionali che deve essere tanto idoneo a produrre una sufficiente controindicazione al suo uso. L'ioduro di zolfo era stato molto generalmente adoperato sul continente con poco vantaggio; ma io non so che alcuno avesse mai prima adoperato l'ioduro di piombo.

Il motivo poi della mia scelta dell' ioduro d' arsenico preferibilmente ad altre alteranti medicine per uso in-

(1) Op. cit., p. 4.

terno, fu l' averlo veduto produrre i migliori effetti in altre malattie cutanee, in cui la costituzione fosse molto impegnata, e specialmente in casi inveterati di psoriasi. Trovava anche che desso combinava gli effetti di un tonico e di un'alterante, classe di rimedi indicata in questa affezione, e che il suo uso continuato anche a lungo, era scompagnato da pericolo. Io obbligo i pazienti ad una dieta puramente lattea, perchè, come già ho accennato parlando delle eruzioni infiammatorie della testa, la trovai utile al loro felice esito. Conchiuderò ora con una breve relazione di pochi casi ad illustrazione degli effetti di questi rimedii.

Il caso che segue venne riportato dal dott. *J. B. Watson*. Owen Kiernan, d'anni 18, fu ammesso nel « Jervis-Street Hospital », al 23 maggio 1847, affetto da copiosa eruzione sulla testa. Ei disse che la sua prima comparsa era avvenuta circa tre anni e mezzo innanzi, avendola allora presa da un suo fratello che era maggiore di lui, e che soffriva questa malattia da anni. Gli pareva che nel principio vi fosse stata sulla testa della materia con delle pappule, e che ciò gli cagionasse molto prurito e disturbo, cadendogli prontamente i capelli; ma era certissimo che sugli ultimi due anni era stata affatto asciutta e polverosa. Al suo presentarsi pareva in buona salute, ma aveva un' aria stupida, ed era manifestamente alquanto semplice. La sommità della testa era affatto deficiente di capelli, di un color bianco chiaro levigato e lucente, con squame alquanto grandi giallognole opache sparse sovr'essa a considerabili intervalli. Sulle tempie e sulla parte posteriore della testa i capelli sussistevano ancora, ma erano sottili, biancastri, lacerati e simili a stoppa; egli era su queste parti che la malattia si manifestava principalmente, presentandosi sotto forma di numerose croste scodelliformi, talvolta separate, ma le più confluenti, formanti in alcuni luoghi cro-

ste irregolarmente configurate, e disseminate assai densamente sugli spazii intermedii. Ciascuna crosta era pressocchè circolare, asciutta, sollevata ai margini, concava nel centro, e traforata ordinariamente da un solo capello, ma talvolta da un fiocco di capelli che essa cingeva sodamente. Esse avevano un color pallido giallo-zolfo, e mostravano una tendenza a sminuzzarsi in una polvere di un giallo più scuro. Pareva non esistesse infiammazione alla base delle croste nè nei tessuti sottostanti, ma tutta la testa era ricoperta da pidocchi, ed esalava un puzzo orribile. Egli era stato ripetutamente sottoposto a diversi trattamenti, ma senza il menomo vantaggio.

Il giorno della sua ammissione gli fu applicata sulla testa una poltiglia di farina di linseme; e nel mattino seguente fu ordinato di lavarla con la lozione di carbonato di potassa, e gli si prescrisse una mistura di due dramme di bicarbonato di soda, disciolto in quattro oncie di siroppo semplice. Doveva prenderne un cucchiajo da tè in un bicchier d'acqua tre volte al giorno. — Dieta di latte.

28 Maggio. Fu ordinato ioduro d'arsenico grani due, divisi in venti pillole mediante manna asciutta e mucilaggine, e da prendersene tre al giorno; ed una unzione composta di mezza dramma di ioduro di piombo, sei dramme di lardo preparato, e due di cera bianca, da spalmarsene la testa tre volte al giorno, adoperando ancora tutte le mattine la lozione di carbonato di potassa. Al 23 di giugno fu sostituita a questa lozione quella di carbonato di soda, e si intermise l'uso dell' unzione; al 26 di giugno, non vi essendo indizio di alcuna riproduzione della malattia, fu posto nel numero dei pazienti esteri. Questo giovine si è presentato al dispensario nel maggio 1847, cioè circa un anno dopo: fino al qual tempo non aveva più avuto ritorno della malattia.

Un altro caso del quale mi occupai molto verso il tempo medesimo nella pratica privata, riguardante un fanciullo di otto anni, appartenente al ceto medio, fu curato precisamente come Kiernan, ma non guarì del tutto che dopo tre mesi, avendo avuta una recidiva alla fine del secondo mese, che io attribuii all'essersi troppo presto concessi cibi animali al fanciullo.

Il seguente è un esempio del carattere sommamente inveterato che presenta comunemente la porrigo. Spiacemi che in quel tempo ch'io lo trattava non era peranco edotto dei vantaggi dell' uso del berretto di stoffa di seta; poichè son certo che se fosse stato adoperato, la guarigione sarebbe stata non solo permanente, ma anche più rapida.

Caterina Molloy, di tre anni e mezzo, fu ricevuta nel « Jervis-Street Hospital » il 9 ottobre 1847. È una ragazza pienotta con una espressione stupida e pesante. Ha la testa tutta densamente ricoperta da grandi croste gialle di porrigo, e sparsi sulla fronte e sul collo pochi distinti favi. La malattia si estende anche sul dorso dalla sommità della spalla destra all'ultima costa, e dall'ascella alle vertebre, ma senza oltrepassare la linea mediana. In quest' ultima situazione alcuni dei favi hanno persino un pollice di diametro, ma per la maggior parte formano una gran massa crostacea di un giallo brillante: vi sono pure delle placche sulle braccia e sovra altre parti del corpo. Tutta la persona tramanda un pessimo odore ed è coperta da pidocchi. I capelli, in quelle parti della testa non ancora invasa dalla malattia sono di color bruno scuro, e impastati insieme dalla secrezione di numerose pustole impetigginose, spessamente sparse sovr'essi.

La di lei madre che appartiene all' infima classe di mendicanti ha un altro bambino ancora lattante; essa dice che questa bambina venne affetta dalla malattia fin

da quando non aveva che pochi mesi; il bambino lattante ne ha pure alcune placche sulla testa, ed essa medesima ha numerose croste dell'eruzione sulla testa e sul collo. Dice che tanto essa che il bambino la presero dalla figlia maggiore, il bambino prima, ed essa poi da questo.

La fanciulla fu prima pulita, quanto era possibile, in un bagno caldo, e i pidocchi si distrussero con unto mercuriale. Poi si tagliarono i capelli rasenti, e si fece uso della cura che ho dettagliata, eccetto che l'unzione di ioduro di piombo si adoperò molto più debole (quindici grani per oncia), e siccome io non osava dare l'ioduro di arsenico ad una creatura così giovine, vi sostituii l'ioduro giallo di mercurio. Al 20 di ottobre si aumentò la forza dell' unzione, e al 21 si prescrisse l'ioduro d'arsenico nella dose di un ventiquattresimo di grano ogni mattina. Al 5 di novembre l'eruzione del tronco era quasi scomparsa, e quella della testa assai migliorata. La forza dell'unzione di ioduro di piombo fu portata a mezza dramma per oncia, e l'ioduro d'arsenico alla dose di un diciottesimo di grano al giorno.

29 dicembre. Non vi era la menoma traccia dell' eruzione sul tronco, ma ne era avvenuta una nuova invasione sulla testa, che pochi giorni prima era quasi guarita; ordinai l'applicazione di un unto contenente una dramma di ioduro di piombo per ogni oncia di lardo; e un duodecimo di grano di ioduro d'arsenico per ogni mattina. Al 24 di gennaio era in così buono stato, che si sospese l'unzione, e si ordinò la lozione di carbonato di soda da farne uso quattro volte al giorno. Senonchè la malattia si manifestò nuovamente sulla testa al principio di febbrajo, ma non più sul tronco; ma spirando colla fine del mese la mia guardia all'ospedale, perdetti di vista il caso, che fu immediatamente dopo congedato dall'ospizio dal mio collega.

Questo caso è specialmente interessante, essendo atto

a dimostrare la sicurezza con cui si può porgere l'ioduro d'arsenico ad un piccolo fanciullo; durante il tempo che se ne continuò l'uso, che fu quasi per quattro mesi, non ebbi a sospenderlo che due volte pel dolor di capo che cagionava, al che si mise tosto rimedio con un blando purgativo. Le replicate manifestazioni dell'eruzione io le attribuisco all'impossibilità di tenere rigorosamente la fanciullina alla dieta di latte; essendo così piccina era divenuta la favorita delle altre pazienti della sala che la regalavano sempre di vivande; io ciò seppi dalla assistente, e ne faceva testimonianza lo stato della fanciulla. Posso qui osservare essere questa la difficoltà maggiore ch'io trovi nel curare le malattie eruttive della testa nella pratica privata; essendo i genitori tanto timorosi che i loro figli non crescano forti se vengono privati interamente di cibo animale. Eppure il rigoroso mantenimento della dieta di latte io lo riguardo come parte essenziale del piano di cura che ho tracciato.

Il seguente ed ultimo caso che stò per narrare, quantunque sia ancora nell'ospedale (5 giugno 1848) lo ritengo perfettamente guarito. Sono specialmente desideroso di qui introdurlo, perchè è il primo caso di porrigo in cui io abbia fatto uso del berretto di seta, e il suo progressivo miglioramento è stato molto più rapido che in qualunque altro caso da me trattato per l'addietro. Desso è riferito dal dott. *William Moore.*

J. Maginn, di 8 anni, bel ragazzo, d'aspetto sano, fu ammesso nel « Jervis-Street Hospital » al 15 maggio 1848. Dice che circa tre anni sono gli comparvero nella parte posteriore alcune piccole placche le quali gradatamente si diffusero in ogni direzione finchè ne fu coperta tutta quanta la testa. Essa presenta ora l'apparenza caratteristica della porrigo, essendovi una gran crosta giallo brillante che inviluppa la testa e si estende alla guancia sinistra a livello dell'orecchio; i capelli sono

sottili, sparpagliati, rotti, biancastri ed involti nelle croste favose. Vi sono pure alcune placche dell'eruzione sul dorso e sulla gamba destra. La testa è gremita di pidocchi, ed esala uno sgradevole odore di sorcio. Dice aver preso la malattia per avere adoperato il cappello di un compagno di scuola che aveva male alla testa. Egli era stato trattato in varii modi senza il menomo vantaggio.

Quando fu ammesso gli si tagliarono rasente i capelli, e gli fu applicata sulla testa una gran poltiglia di farina di linseme. Nel mattino vegnente gli fu ordinata una unzione contenente venti grani di ioduro di piombo per un'oncia di lardo, da stendersi sovra filaccia, e da applicarsi a tutta la testa che dovevasi quindi ricoprire con una ben serrata berretta di seta. Venne eziandio prescritto di lavargli la testa tutte le mattine colla lozione di mezza dramma di carbonato di potassa per dodici oncie d'acqua. Per uso interno gli si prescrissero le polveri seguenti: ioduro d'arsenico, un grano; idrargirio concreto, trenta grani; polvere aromatica, trenta grani, da dividersi in quindici polveri, prendendone tre al giorno. Dieta al latte rigorosissima.

4 Giugno. L'eruzione è da qualche giorno compiutamente sradicata, tanto sulla testa, che sul corpo; si ordinò di sospenderne l'unzione e di lasciar crescere i capelli, ma di continuare ancora una settimana le polveri e la lozione. *(The Dublin Journal of medical science; august* 1848).

Sulle injezioni coll'iodio nella patologia esterna; Memoria di J. Abeille, *medico in capo dell'ospedale di Givet* (Estratto).

La Società di medicina di Tolosa proponeva il seguente Quesito: « Determinare i casi di patologia

esterna nei quali possono essere utilmente usate le injezioni iodate ». Ad esso rispondevano, fra gli altri, l'Autore della presente Memoria, e il dott. *G.B.Borelli*, di Torino, i quali sortirono l'onore di esser distinti, dividendosi fra loro il premio promesso a chi avrebbe meglio risposto. I nostri lettori conoscono in tutta la loro integrità la Memoria del dott. *Borelli* che gli Annali nostri hanno pubblicata. A compiere la storia contemporanea di questo argomento importante riferiremo un sunto della Memoria di *Abeille*, inserita nella « Revue médicale » (mai-juin 1849).

Al professor *Velpeau* appartiene il merito di aver saputo applicare utilmente la tintura alcoolica di iodio nella cura di alcune affezioni esterne contro le quali non erano riusciti altri rimedii (1836), sostituendo, nella cura dell'idrocele, le injezioni di iodio alle injezioni vinose. Un' altra rispettabile autorità chirurgica aggiunse tosto nuovo valore a questo trattamento; ed entrambi raccomandarono e diffusero la utilità del nuovo metodo di cura.

Dall' idrocele *Velpeau* venne naturalmente condotto a provare le injezioni iodate nella cura di certe cisti. E siccome gli avvenne una volta (1839) che, injettando una cisti al garretto, il liquido penetrò nell'articolazione del ginocchio senza ne seguitasse nessun serio accidente, gli venne l'idea di provarle in certe idrartrosi ribelli alle cure ordinarie; e ne fece la prova nel 1841, con esito mediocremente soddisfacente. Nel mentre proponevasi tentare alcune

esperienze sugli animali viventi, per meglio e più sicuramente spingere i tentativi terapeutici sull'uomo, ebbe notizia delle prove già fatte da *Bonnet*, di Lione, dalle quali trasse coraggio a continuare le proprie.

Da allora in poi sorsero in ogni dove osservazioni di idroceli curati colle injezioni iodate, quali più quali meno favorevoli a codesto metodo, che il tempo e la esperienza hanno in progresso sanzionato.

In seguito venne esteso l'uso delle injezioni iodate ad altre malattie, che verremo enumerando col nostro Autore. Il quale, per rendere più rilevante la importanza delle injezioni iodate e dei vantaggi che se ne possono cavare, spartisce in tre gruppi ben distinti le malattie nelle quali furono adoperate, e conviene farne uso. Un primo ordine raccoglie le malattie delle cavità chiuse naturalmente; nel secondo quelle delle cavità chiuse artificialmente o accidentalmente, o anormalmente; e nel terzo tutte le cavità formate a detrimento di qualche porzione di tessuto, siano o non siano aperte, ma l'esito prossimo delle quali è l'apertura spontanea.

Primo genere. *Idrocele.* — Le cavità chiuse naturali nelle quali venne fino ad ora tentata la injezione iodata sono la cavità della tonaca vaginale, le sinoviali articolari, e il peritoneo.

Divenendo per alcuna causa, massimamente per la infiammazione, più abbondante la secrezione sierosa della tonaca vaginale, importava evacuarla, in primo luogo, e poscia far in guisa che più oltre non si riproducesse la raccolta. Alla puntura evacua-

trice si dovetter pertanto aggiugnere altri mezzi curativi, de' quali non occorre fare la enumerazione. Basti dire che all'epoca in cui *Velpeau* cominciò le sue prove colle injezioni iodate, le injezioni vinose erano quasi il solo mezzo adoperato a curare radicalmente l'idrocele. Il processo operativo di *Velpeau* esposto nella sua Memoria pubblicata nel 1836, è notissimo ai nostri lettori, e quindi superfluo a descriversi. Rammenteremo solo che in essa si dà ragguaglio di 20 casi operati in codesto modo; che in nessuno ebbe a conseguitarne il menomo accidente; e che in meno di venti giorni ne erano guariti ben diciotto: il 19.° venne riaperto al terzo giorno, essendo appena a metà la risoluzione, e la guarigione si compì rapidamente: il 20.°, che era un'idrocele a due sacchi, rimase sei settimane all'ospedale per ingorgo al testicolo. Da quell' epoca in poi *Velpeau* continuò ad usare questo metodo, ed ormai egli ha praticato più di un migliaio di simili operazioni senza aver a deplorare nemmeno un caso funesto. Le sue conchiusioni sarebbero: le injezioni vinose sono assai più dolorose, conducono più lentamente o non conducono a guarigione; possono produrre accidenti gravi, come gangrena, e degli erpeti, qualora un pò di liquido penetri nel tessuto cellulare, e una peritonite qualora il liquido scorra insinuandosi lunghesso il cordone: le injezioni di iodio sono seguitate da guarigione pronta, esenti da recidiva, tollerate perfettamente, e non producono gli incomodi delle altre injezioni qualora il liquido penetri nel tessuto

cellulare sottocutaneo; le prove fatte spingendovene a bella posta altro non hanno prodotto che una infiammazione un pò viva.

Bonnet, di Lione, ed altri chirurghi distinti hanno confermato di poi la utilità delle injezioni iodate nella cura dell'idrocele: l'enumerare e l'accennar soltanto i fatti sarebbe opera lunghissima. Nella serie di questi fatti si incontrano alcuni esiti falliti: ma oltrechè questi sono in tenuissimo numero, e costituiscono rarissime eccezioni al fatto principale, non avvenne ancora nessun inconveniente il quale possa esser posto a paro con quelli prodotti dalle injezioni vinose anche nelle mani di chirurghi di primo ordine. Al quale proposito l'A. nostro cita due injezioni vinose praticate da *Lisfranc*, nelle quali fu vista la semplice injezione reagire in maniera fatale sul tubo digerente, e l'infiammazione irradiarsi lungo il cordone, e determinare una peritonite mortale. E soggiunge che per quante ricerche egli abbia fatte nelle storie di idroceli curati colle injezioni di iodio, egli non è riuscito sopra più di due cento, a trovare un solo accidente consecutivo alla operazione, il quale o direttamente o indirettamente abbia cagionata la morte: e persino non riuscirono ad esito funesto alcuni casi comunicati da *Potel* alla Società medica di Bress, nei quali l'operazione era stata praticata impropriamente, e del cui esito funesto, nel caso, avrebbesi dovuto accagionarne non il metodo, ma chi ne fece la applicazione viziosa, o fu inabile ad eseguire la operazione.

Su 1200 osservazioni di idroceli lette e raccolte dall'Autore, ed operati da diversi operatori, ha notato:

1.° Vi ebbero ottanta recidive, venti delle quali appartengono al *Velpeau* che ha operato i nove decimi, per lo meno, di essi: prova evidente che il modo di operare e la proporzione della miscela di tintura hanno alcuna influenza nel buon esito. — 2.° Solo 25 volte l'operazione ebbe complicazioni le quali abbiano offerto un certo grado di gravità. Nessun accidente di questa natura incontrò al prof. *Velpeau.* — 3.° La injezione iodata non fu mai causa prossima o remota di morte; al contrario di quanto si osservò per le injezioni vinose. « D'onde noi conchiudiamo, dice *Abeille*, che le injezioni iodate hanno una superiorità incontestabile sopra tutti i metodi curativi dell' idrocele, così per la solidità della cura, come perchè espongono meno degli altri ad accidenti più o meno gravi ».

Il capitolo dell' idrocele ha termine colla dimanda: Tra il metodo delle injezioni iodate e delle injezioni vinose quale è che guarisce più prontamente? - Senza citare le osservazioni comparative di *Velpeau,* che soventi ebbe occasione di provare l' operazione con amendue i metodi in un medesimo soggetto affetto da doppio idrocele, e che sono favorevoli alle injezioni iodate, l'Autore riferisce due casi strettamente conchiudenti, e confermativi la superiorità delle injezioni iodate.

Secondo genere. *Idartrosi.* — L'Autore ha fidu-

cia di dimostrare tutti i vantaggi delle injezioni iodate nelle idropisie articolari, appoggiandosi eziandio a due fatti, che sono, a suo avviso, tra'più notabili che possano aversi nella pratica.

Comincia dal narrare come debbesi a *Bonnet* il primo tentativo, e dice quante recriminazioni egli abbia dovuto sopportare per ciò, trovandosi di fronte il principio ricevuto, che, non che altro, la semplice aria atmosferica a contatto del cavo articolare produce gravi danni. *Malgaigne* fu tra' più tenaci oppositori: e l'Autor nostro, per mostrarsi imparziale, riferisce colle sue parole il sunto critico che egli ha fatto delle osservazioni raccolte da *Velpeau* seguendo la pratica di *Bonnet*, e accenna al modo col quale venner giudicate quelle di quest' ultimo; lasciando giudici i lettori della sentenza sfavorevole gittata contro di essi. Dopo *Velpeau* e *Bonnet* altri chirurghi hanno tentato l'uso di siffatte injezioni nelle idartrosi: e certamente i loro risultati lungi dal far temere i gravi accidenti contrapposti dagli oppositori incoraggiano sommamente a continuare codesto modo di trattamento. L'Autore riferisce i casi favorevoli occorsi a *Bérard*, a *Robert*, e a *Giulio Roux*, che accenniamo soltanto, per affrettarci a distesamente riportare quelli dell'A. — Le sue due osservazioni venner comunicate all' Accademia di medicina, l'una nel 1847, l'altra nel 1848, e provano all' evidenza così la utilità terapeutica delle injezioni iodate nelle idartrosi inveterate, come la innocuità di esse; e dimostrano che non si debbe temere di

praticare più di una injezione, e di ripetere, se occorre, dopo maggiore o minor tempo, l'operazione per compiere la guarigione.

« Il primo dei miei ammalati fu un giovine militare di 23 anni, piccolo, ma ben proporzionato, di temperamento bilioso-sanguigno, il quale aveva da sei mesi al ginocchio destro un' idartrosi assai voluminosa, della quale non sapeva determinare l'origine nè avea saputo liberarsi con isvariati trattamenti. Allorchè venne in mia cura (15 giugno) era sotto l'influenza dello scorbuto che dominava nell'ospedale. Color giallo itterico su tutto il corpo, con copiose petecchie di varie dimensioni. Nessuna alterazione alle gengive; punto di febbre; debolezza generale. La coscia destra era voluminosa il doppio dell'altra, con notabile durezza dei tessuti sotto la pressione; la gamba, benchè più voluminosa dell' altra, non era in rapporto col volume della coscia, e restava nel quarto di flessione in rapporto a quest'ultima. Il ginocchio era due volte più voluminoso dell'altro, e aveva una conformazione tutta particolare. Le prominenze abituali erano scomparse: le espansioni capsulari erano assai distese. La fluttuazione era evidentissima sotto le prominenze, e vi si poteva facilmente ismuovere il liquido con una mediocre percussione. Non era possibile nessun movimento dell'articolazione ammalata: del resto i dolori non eran vivi.

« Il 17 feci una puntura sottocutanea alla base di una piega trasversale della cute, al di sotto ed all'e-

sterno della rotula sul termine del vasto esterno. Ne uscirono 800 grammi di siero vischioso, sanguinolento, color feccia di vino. Venne immediatamente injettata nell' articolazione una soluzione di tintura di iodio (300 grammi d' acqua, 100 grammi di tintura d'iodio, e 5 grammi di ioduro di potassio). Maneggiando il sacco articolare, venne portato il liquido a contatto delle sue pareti. Per dieci minuti circa, il liquido venne ora ritirato, ora ricacciato, e da ultimo venne estratto, lasciandovene entro la ventesima parte circa.

« Il dolore fu mediocre durante l'operazione, ma di poi si fece più forte e ha durato 12 ore: non occorsero però nè cataplasmi nè narcotici. Il ginocchio era assai intumidito, e pastoso. Feci una compressione metodica ponendo in giro all' articolazione delle liste di cerotto diachilon. Quindici dì dopo, il volume del ginocchio era diminuito della metà, ma in esso sentivasi manifesta fluttuazione. Si fece altra puntura, che diede esito a 250 grammi di siero vischioso, color zafferano, dipendente dalla tintura di iodio rimasta nell' articolazione: altra injezione iodata nelle medesime proporzioni della prima. I dolori consecutivi durarono quarant'otto ore, ma sopportabili. Si fece un'altra compressione metodica, la quale tre dì dopo si è dovuta rinnovare per la notabile diminuzione di volume del ginocchio. La gamba cominciò ad allungarsi, e i movimenti articolari si eseguivano senza dolore. La compressione venne rinnovata ancor due volte in dieci giorni; e infine

22 giorni dopo la seconda injezione, e 37 giorni dopo la prima, uscì dall' ospedale, col ginocchio che non presentava nessuna differenza dall'altro, con la gamba e la coscia di forma e di volume ordinarii. La estensione si faceva compiutamente, e non altro rimaneva fuorchè un pò di debolezza nell'articolazione, e ancora una certa rigidezza che impediva l'ultimo grado di flessione ».

Ora il secondo caso. Trattasi di una giovinetta di diciassette anni, a cute bianca, color roseo, e linfatica. Essa zoppicava dall'età di nove anni per notabile idartrosi, con alterazione delle pareti capsulari e delle frangie sinoviali. Il volume del ginocchio era doppio dell'altro, la gamba assai atrofizzata, la coscia non era denutrita, indolente l' articolazione. Quattro prominenze distinte, del volume di un uovo di pollo, sporgevano in basso e in alto, all' esterno e all' interno del legamento rotuliano, della rotula, e del tendine del crurale anteriore. La fluttuazione era evidente nei tumori superiori; era più che dubbia negli inferiori. La gamba stava in semiflessione e cionullameno erano possibili alcuni movimenti in questo senso. Venne praticata l'injezione di 60 grammi di soluzione iodata, come nel caso precedente, previa una puntura sottocutanea, d'onde sgorgarono soli 60 grammi di sinovia pura, appianandosi i tumori superiori: prova che non eravi comunicazione cogli inferiori. La injezione eccitò vivissimi dolori, e distese i tumori superiori. Dopo dieci minuti venne fatto uscire il liquido trattenendone soltanto

la decima parte. Fasciatura. I dolori persistettero acuti, con febbre e veglia. In capo a 34 ore tutto si rimise in calma. Per quindici giorni venne fatta una compressione metodica intorno all'articolazione; dopo i quali la parte superiore dell'articolazione aveva ripigliata la sua forma e il suo volume, essendosi dissipati i tumori.

Rimanevano gli inferiori, per i quali tre settimane dopo venne fatta l'operazione. Il tumore inferiore interno venne punto pel primo. L'operatore incontrò molta difficoltà nell' attraversare i tessuti di consistenza lardacea, e penetrò in una cavità d'onde non uscì goccia di liquido. Venner injettati 15 grammi di soluzione iodata. Una parte vi fu lasciata, e porzione si insinuò sotto la cute facendovi un trombo. La stessa operazione si è eseguita sul tumore inferiore esterno. I dolori si destarono così vivi come la prima volta, ma cessarono dietro l' applicazione di un cataplasma ammolliente. La compressione fu mantenuta per un mese, in capo al quale le parti conservavano un pò di pastosità, e l'articolazione un pò più di volume in questo punto. La articolazione muovevasi con facilità, e la gamba non si estendeva, malgrado ciò, compiutamente. I tendini dei flessori quelli erano che impedivano la estensione, ed erano come corde fortemente tese: l'idartrosi, causa della semiflessione, era guarita; ma la causa secondaria, ossia la retrazione dei flessori, impediva di ridurla a normalità. La tenotomia avrebbe potuto riuscire, ma l'ammalata non volle addattarsi, bastan-

dole il vantaggio ottenuto. — Ognun vede che qui oltre all' idartrosi aveavi altre alterazioni. Lo stato lardaceo dei tessuti, e la nessuna comunicazione tra i tumori superiori e inferiori indicano alterazioni antiche delle pareti capsulari.

Su venti idartrosi operate in questo modo, e irrecusabilmente autentiche, si hanno dodici guarigioni ben avverate; e una sola volta, su venti, sopraggiunse un accidente un pò serio, un flemmone diffuso: ma il flemmone era estracapsulare, e non ha compromesso per nulla la vita dell'ammalato.

Terzo genere. *Idropisia delle borse mucose, e delle guaine sinoviali tendinose.* — *Leblanc* e *Thierry* fecer prova delle injezioni iodate in una malattia dei cavalli consistente in un'idropisia delle articolazioni o delle borse mucose che le circondano (denominata dai francesi *molettes* o *vesigons*), adoperandole in luogo della cauterizzazione che i veterinarii usano, ma che lascia traccie sul cavallo, e ne scema il valore. Nella specie umana l'A. trova una specie di malattia consimile, la quale è da noi denominata ganglio, e consiste in tumori fluttuanti, situati sul tragitto di qualche tendine non discosto dall'articolazione. L' Autore provò la injezione in uno di questi casi occorso in una lavandaja, con esito felice. Non sappiamo bene se siffatta affezione sì semplice e sì facile a curarsi con semplicissimi mezzi sia tale da richiedere un'operazione come quella di che trattiamo. Ad ogni modo, è una nuova applicazione delle injezioni iodate.

Quarto genere. *Idropisie peritoneali.* — A determinare se convenga usare le injezioni iodate nella cura delle asciti, l'A. adduce due fatti, che noi compendieremo.

Il primo riguarda un uomo di 42 anni, di costituzione malaticcia, al quale si manifestò (nel 1846) un ascite dietro la soppressione di una diarrea che durava da due anni. L'ascite crebbe rapidamente, e si dovette praticare tre volte la paracentesi. Ad ogni operazione si estrassero da 20-24 litri di liquido: ma all'ultima, l'ammalato cadde in sincope che si credette mortale. Essendosi di nuovo effettuato il versamento nel peritoneo, e sembrando l'ammalato destinato a morte certa, il dottor *Dieulafay* fece una nuova paracentesi, e lasciato uscire il liquido, injettò nel peritoneo una soluzione composta di 32 grammi di tintura di iodio, 4 grammi di ioduro di potassio, e 150 grammi di acqua. Alla sera si destò lieve reazione febbrile, ma nessun altro accidente apparve nè allora nè poi. Dopo venti giorni, si manifestò ancora il versamento, il quale occupava soltanto la parte superiore e destra dell'addome: parve che le pagine peritoneali sugli altri punti avesser aderito fra loro. Con la paracentesi uscirono soltanto da 8 a 10 litri: si fece una nuova injezione, susseguita dai medesimi risultati come la prima. Poco dopo si fece una terza paracentesi, con la quale si estrasser soli tre litri di liquido. Nuova injezione, senza accidenti. Alcuni giorni dopo eravi edema forte alle estremità inferiori, ma nulla nell' addome. I

purgativi dissiparono anche codesto, e l'ammalato si ristabilì compiutamente; solo che quando faceva alcun sforzo per rilevarsi, provava stiramenti nel ventre, d'altronde facili a spiegarsi.

Questo fatto fu soggetto di viva discussione all'Accademia di medicina, alla quale venne comunicato. *Blandin* sosteneva che non trattavasi già di ascite, ma di una cisti moltiloculare, come ve n'ha non rari esempi; *Velpeau* si oppose a questo avviso: e la discussione terminò con voto favorevole all'operato dall'Autore.

Nell'anno stesso il dott. *Leriche*, di Lione, comunicò un' osservazione analoga inserita nella « Gazzetta medica di Parigi ». Trattavasi di un'ascite, per la quale erasi più volte eseguita la paracentesi, e che sembrava indipendente da qualsiasi lesione organica. Praticata la paracentesi, ed evacuate le acque, injettò una soluzione di iodio, della quale lasciò una porzione a permanenza nella cavità peritoneale. Susseguirono vivissimi dolori con febbre. Il dì dopo si ebber segni di intensa peritonite, che fu combattuta e vinta con sanguisughe, cataplasmi, ecc.: dopo non riapparve più l'ascite, come ebbe ad assicurarsene *Leriche* alcuni mesi dopo.

Dietro questi due esempi, l'A. dimanda se debbasi ancora esitare con tanta trepidazione ad adoperare le injezioni di iodio nel cavo peritoneale? — Quando si riflette ai danni terribili che incontrano gli ammalati qualora penetri aria od altro corpo straniero in codesta cavità, si ha d'onde temere grande-

mente. Se però si rifletta che il peritoneo, disteso come è in questi casi, è bagnato da molto tempo per gran copia di siero che fa l'ufficio di corpo straniero, e ha perduta molta parte della sua sensibilità: che la tessitura sua, la sua organizzazione furono singolarmente modificate e dalla malattia primitiva, quando abbiavi preceduta flemmasia, e dalla ascite che ne è la conseguenza; si può moderare alquanto la paura dei danni delle injezioni iodate in siffatta malattia. Resta solo a determinare i casi, in cui convenga farne il tentativo.

Cominciamo pertanto dal proscriverle nelle asciti che sono il risultamento di un'affezione organica, di una degenerazione di qualche organo o porzione di organo, e in quelle che sono prodotte da ostacolo al corso del sangue venoso o arterioso. Giusta il nostro A. potranno con esse combattersi vantaggiosamente le asciti risultanti da flemmasia cronica del peritoneo; quelle consecutive alla soppressione di un flusso o di uno scolo abituale, ad un esantema o ripercosso o disturbato nel suo corso; come pure quelle che sono cagionate da profonda debolezza. Ben inteso che prima di rivolgersi alle injezioni bisogna aver inutilmente tentati gli altri mezzi terapeutici, e che le injezioni non escludono una medicazione generale contro la causa prima dello spandimento.

Quinto genere. *Cavità chiuse artificiali, accidentali, o anormali.* — In questo genere comprendonsi le cisti, dovunque abbian sede, sviluppatesi nell'e-

conomia, con raccolta o sierosa, o sanguigna, o purulenta, o mista. Difficile è comunemente la loro cura: poichè la puntura è insufficiente e inopportuna; la incisione espone al contatto dell'aria e ad infiammazione vivissima e pericolosa; all'estirpazione tengono dietro gli inconvenienti della incisione. Venne dunque provata l'injezione iodata da *Velpeau* (1837), il quale con tal mezzo è riuscito a promuovere l'aderenza delle pareti cistiche e la guarigione del tumore. Tra i casi di cisti ematiche guarite colle injezioni iodate, merita di venir riprodotto il seguente, occorso al prof. *Velpeau* stesso. — Una signora, da 2 anni maritata, impressionabile, nervosa in sommo grado, aveva cessato di esser regolarmente menstrata dopo il matrimonio. Bentosto erano comparsi dolori vivi nel bacino, e su tutto il lato destro del basso-ventre. La salute generale deteriorò a tal segno che dovette porsi a letto. Due medici del suo paese la curarono per diciotto mesi senza buon effetto; per cui andò a Parigi, ove fu consultato il *Velpeau*. Questi diagnosticò una raccolta di liquido brunastro, color cioccolatte, dietro l'utero, la quale estendevasi superiormente verso la fossa iliaca destra. Consigliò pertanto le injezioni iodate, come se si fosse trattato di un' idrocele. Otto o dieci giorni dopo si passò all'operazione. Uscì dalla cannula del trocarre un bicchiere e mezzo circa di liquido rosso, brunastro, evidentemente ematico, ma fluidissimo; e per la via della stessa cannula venne dapprima injettata acqua tiepida per lavare la cavità, poi la tintura

di iodio diluita nell' acqua. La operazione che ebbe dapprincipio nessuna conseguenza, si è complicata di poi per accidenti nuovi che destarono alcuna inquietudine; sebbene a quanto risultò di poi non dipendessero dal tumore injettato, poichè si sono riprodotti anche dopo. Il tumore si è affatto obliterato e non è più ricomparso.

In queste specie di malattie la risoluzione compiuta non si ottiene fuorchè dietro ripetute injezioni, e fino dopo quattro. Ad ognuna succede una diminuzione del tumore, finchè scompare e non si riproduce. Omai si hanno moltissimi fatti che provano i vantaggi di questo metodo, col quale si promuove l' infiammazione adesiva delle pareti del sacco, e quindi la guarigione radicale. — Le cisti mammarie vengono, giusta *Velpeau*, guarite meglio con questo mezzo che con qualunque altro processo operativo, ed ormai sono da lui esclusivamente curate con le injezioni iodate.

Sesto genere. *Cavità formate a spese di qualche porzione dell' organismo, aperte o no, ma l' uscita prossima delle quali consiste nell' apertura spontanea.* — Annoveransi prima dall' A. gli ascessi scrofolosi e freddi, ordinariamente accompagnati da distacchi più o meno estesi della pelle, e che consumano un tempo indefinito per arrivare a una cicatrizzazione sempre irregolare e soventi disgustosa alla vista; indi le fistole, non escluse quelle dell'ano, che non siano risultanze di carie o di necrosi di alcun osso più o meno discosto; poscia i bubboni, le ade-

niti suppuranti; i tumori bianchi, sebbene appartengano meglio alle idartrosi; e finalmente gli ascessi per congestione.

Ognuno sa quanto sia difficile condurre a cicatrice le piaghe livide, gli estesi distacchi di pelle, risultanti da ascessi scrofolosi al collo: alla faccia poi dopo la guarigione lasciano traccie indelebili della loro presenza per le cicatrici deformi che rimangono. Or bene, le injezioni iodate chiudono la fonte di codeste interminabili suppurazioni, e procacciano una cicatrice pronta e regolare; massimamente poi quanto più la injezione si eseguirà a breve distanza dalla puntura evacuatrice. L' A. narra che nessun scrofoloso esce sfigurato dalle mani di *Sedillot*, di Strasburgo, il quale adopera in tali casi le injezioni iodate. — Lo stesso dicasi pei così detti ascessi freddi: e quello dicasi eziandio per i seni fistolosi più o meno estesi che ne sono frequente conseguenza, a favore de' quali l' esperienza ha parlato. Le cliniche di *Velpeau*, di *Bonnet*, di *Sedillot* abbondano di esempii.

A proposito delle fistole anali l' Autore dice: Che egli intende bene come in certe fistole anali incomplete, nelle cieche esterne, per esempio, le injezioni di iodio diano i medesimi risultati come nei seni fistolosi; ma non ha la medesima fiducia riguardo alle fistole complete, non comprendendo bene come le injezioni iodate possano porre ostacolo al corso delle materie fecali per entro il pertugio superiore del seno fistoloso, nel che consiste la prima condizione

alla cura. V' ha però un caso ben avverato di guarigione ottenuta con questo mezzo, il quale prova che la teoria debbe tacere avanti l' esperienza. L' A. riferisce il caso del dottor *Vancampo*, lo riconosce per singolare ed eccezionale, e confessa di non esser egli riuscito in molte prove istituite. Il caso del dott. *Vancampo* riguarda un operajo di 24 anni che aveva un enorme ascesso all'ano. All'apertura di esso tenne dietro un esteso distacco della cute, e bentosto si conobbe esservi una fistola completa che estendevasi ad una grandissima altezza lungo l' intestino. Volendo evitare al malato i dolori dell'operazione, vi injettò la soluzione di nitrato d'argento; ma non tardò ad accorgersi della insufficienza di essa. Allora pensò a sostituire le injezioni iodate, facendone due al giorno con una soluzione a parti uguali di tintura di iodio e di acqua. Continuò in tal modo per cinque giorni. Le prime injezioni cagionarono dolori intensi. Quando credette sufficiente la infiammazione, sospese le injezioni per tre giorni, e poi le ha ricominciate, poichè usciva dalla piaga un pò di pus e indizii di materie fecali. Ma la fistola non estendevasi a più che un pollice di profondità. Al giorno 16.° di cura la guarigione era compiuta. —

Riguardo ai bubboni suppurati, trattati colle injezioni iodate, l'Autore riporta i risultamenti ottenuti da *Roux*, di Tolone, da noi riportati per disteso in questi Annali (1).

---

(1) Ann. univ. di medic., Vol. CXXII, pag. 631 (1847).

Poco tempo dopo il dottor *Marmy* pubblicò una Memoria su questo argomento, nella quale narra i felici successi ottenuti. La differenza fra i due operatori consiste in codesto, che *Roux* fa la puntura in alto del focolaio purulento; e *Marmy* preferisce il lato interno o esterno, scegliendo sempre il punto declive. *Roux* adopera le injezioni iodate per provocare una infiammazione sostitutiva alle superficie morbose; *Marmy* preferisce siffatta medicazione, e perchè, a suo avviso, essa fa attivo l'assorbimento, al quale presiedono gli organi che sono la sede del male, e perchè il rimedio può agire eziandio per le sue proprietà antisifilitiche. L'Autore ha provato nove volte questo mezzo terapeutico nel bubbone suppurato: i suoi risultamenti non sono conformi a quelli degli Autori sunnominati; a malgrado ciò, essi dimostrano che le injezioni iodate sono un mezzo eccellente terapeutico in queste malattie. —

Gli ascessi da congestione non traggono la ragione di loro esistenza nè in sè stessi, nè nelle condizioni dei tessuti fra i quali hanno sede. Essi derivano dalla alterazione di un tessuto più comunemente osseo, e lontano, qualche volta assai lontano dal sacco della raccolta purulenta. Il pus formatosi intorno alla parte primitivamente ammalata, si apre una via a traverso alle parti declivi, e il tessuto cellulare interstiziale, distruggendo di passo in passo il tessuto cellulare, e scavandosi un vasto sacco nel punto in cui incontra un ostacolo resistente che non la lascia procedere innanzi. La guarigione del sacco non si

può dunque ottenere se non dopo vinta la alterazione morbosa che ne fu la cagione primitiva: ad ottenere il quale intento i mezzi raccomandati sono o inefficaci o persino dannosi.

Ammesso adunque che in un ascesso per congestione si possa togliere o siasi tolta questa seconda causa, ne rimane a discutere i mezzi più opportuni a far scomparire la raccolta purulenta, e a produrre la cicatrizzazione del sacco entro il quale stava raccolta.

Guérin ha provato con molti fatti, la cui veracità venne non ha guari constatata da una Commissione speciale (1), che la puntura sottocutanea è la più efficace fra tutti i mezzi raccomandati a questo fine. Supponendo guarita la malattia primaria, la puntura sottocutanea ha il vantaggio di evacuare l'ascesso senza esporre il sacco al contatto dell'aria atmosferica: essa però non eccita in alcun modo questo sacco alla guarigione: nè si ottiene l'adesione delle pareti se non dopo molte punture, e assai lentamente. Il ragionamento guidò a congetturare che facendo seguitare le injezioni iodate alla puntura del sacco, si dovesse sollecitare, non foss'altro, la cicatrizzazione dell'ascesso. L'Autore ne fece la prova, e, come egli crede, pel primo la prova, la quale è riuscita, come risulta dalla storia che riferisce con le sue minute particolarità.

Una giovine di 21 anni, nata da genitori scrofo-

(1) Ann. univ. di med., Vol. CXXVII, pag. 547 (1848).

losi e scrofolosa essa stessa, venne travagliata prima da dolori più o meno vivi alla regione cervicale posteriore, e indi sorpresa dalla comparsa di due tumori, l'uno, il più voluminoso, alla regione lombare sinistra, l'altro all'esterno dell'angolo inferiore della scapola dello stesso lato, i quali a poco a poco aumentarono di volume. L'ammalata aveva anche tosse secca, e dispnea salendo le scale. L'Autore li diagnosticò per due ascessi da congestione. La pressione ai punti dolenti della regione cervicale cagionava dolore alle apofisi spinose delle 3.ª, 4.ª, 5.ª vertebre cervicali; essi potevan dipendere da ammollimento tubercoloso del tessuto spugnoso di queste porzioni ossee. Si applicarono sei cauterii colla potassa sui diversi punti dolenti. Internamente fu amministrato iodio puro a dosi ognor crescenti, cominciando da 25 centigrammi (5 grani), e progredendo fino ad un decigrammo al giorno. Le si amministrò eziandio il sottocarbonato di ferro ogni giorno, e decozione di foglie di noce. Contemporaneamente, vitto nutriente e un pò tonico. Un mese dopo riapparve la menstruazione, e si fece manifesto un notabile miglioramento nell'universale. Allora l'Autore credette opportuno cominciare la cura degli ascessi. Con la puntura sottocutanea nel più voluminoso degli ascessi diede uscita a 300 grammi di pus sieroso, mal unito, che teneva in sè sospesi dei minuzzoli organici e de' grumi. Venne fatta immediatamente la injezione di una soluzione iodata (la tintura di iodio ne costituiva la terza parte), la-

sciandovene circa 60 grammi entro. Otto giorni dopo, l'ascesso si era riprodotto, e venne fatta nuova injezione. Pochi dì dopo venne aperto e injettato all' egual modo l' ascesso scapolare. Tutti e due fufurono punti e injettati quattro volte, di otto in otto giorni. Alla quarta puntura la raccolta era ridotta a tre quinti e più. I tessuti, prima scollati, cominciarono a prendere adesione su tutta la circonferenza. Finalmente venne fatta una puntura diretta a ciascun ascesso per poterli injettare ogni giorno con una soluzione a parti uguali di tintura di iodio e acqua, dopo la quale si copriva l' apertura con un taffettà agglutinativo. Lo stato generale dell'ammalata era perfettamente soddisfacente. Rinacquer le forze: comparve una seconda menstruazione. I dolori del collo scomparvero, e il collo poteva muoversi in ogni senso. I cauterii mandavano ancora: ciò nullameno essa potè ripigliare le sue occupazioni. Circa un mese dopo, o poco più, dalla puntura e dal principio del trattamento, la cicatrizzazione era compiuta pei due ascessi, e la giovine aveva un aspetto di salute confermata. Le venne raccomandato di continuare il trattamento interno, e fu licenziata guarita. — Le injezioni non hanno avuto che un solo merito, quello di sollecitare la guarigione degli ascessi, una volta che venne tolta la causa che aveva provocato lo sviluppo di essi. —

Ora ai tumori bianchi. Avviene talvolta che quando la malattia articolare che li costituisce non venga arrestata, si formino delle raccolte di pus o di

siero-pus nell'interno della capsula articolare, o tra essa capsula e le parti circostanti ma comunicanti quasi sempre mercè una via sinuosa con la cavità capsulare. Tra quelli che ebber ricorso alle injezioni iodate nei tumori bianchi suppurati l'Autore cita *Sedillot*. I fatti di questo chirurgo che sono a notizia di *Abeille* non riguardano che piccole articolazioni, e gli esiti felici sono numerosi: de' proprii l'Autore ne cita due, che confermano la virtù di codeste injezioni, coadjuvate, ben inteso, dal trattamento interno correggitore della malattia generale della quale il tumor bianco è una espressione.

Finalmente riguardo all' uso delle injezioni iodate nella spina bifida l'Autore riporta un caso di guarigione estratto dalla « Gazette des hôpitaux » (3 febbrajo 1849). — Un giornale indiano, dice questa Gazzetta, riferisce un caso di spina bifida guarito dal dott. *Braniard* mercè due piccole injezioni iodate praticate alla distanza di venti giorni tra l' una e l' altra, e seguitate dalla compressione. Una giovinetta di 13 anni portava esso tumore al sacro: la sua circonferenza era di nove pollici sopra tre pollici di altezza; vi era paraplegia non che incontinenza retto-vescicale. Fu fatta la injezione con metodo sottocutaneo, e il liquido (un grano di ioduro di potassio, mezzo grano di iodio, una dramma di acqua distillata) venne lasciato entro il sacco. La reazione fu viva la prima volta; moderata la seconda volta: la compressione ha obliterato il sacco. In due mesi la guarigione fu radicale; con miglioramento eziandio della paraplegia. —

Le conchiusioni alle quali *Abeille* è venuto si possono riassumere come segue:

1.° Che le injezioni iodate costituiscono un mezzo curativo dell'idrocele al quale nessun altro forse può essergli messo a riscontro, sotto nessun rapporto.

2.° Che nelle idartrosi, appoggiandoci a venti fatti autentici, esse costituiscono un eccellente rimedio quando hanno falliti tutti gli altri metodi di cura; che se i tentativi non sono ancora abbastanza numerosi, essi sono sufficienti almeno per testimoniare la innocuità del rimedio, e consigliare l'uso di esse nelle idartrosi ribelli ai mezzi che paiono meno dannosi; che dodici guarigioni fatte su venti operazioni eseguite in casi così eccezionali costuiscono un esito tale che nessun altro metodo può vantare; e che definitivamente, dietro la esperienza dell'Autore, non bisogna astenersi da una seconda e da una terza prova qualora la malattia non sia guarita subito, ma abbia soltanto migliorato.

3.° Che in qualche casi di asciti ben scelte esse forniscono una preziosa risorsa terapeutica in tali casi: poichè la condizione morbosa che esse destano, la peritonite acuta, giova quando sia violenta, inducendo aderenza della pagina peritoneale. La scienza ha molto ancora a fare e a sperare su questo particolare. Il medico dovrà esser cauto, e accorto insieme, nel combattere gli accidenti un pò minacciosi che potesser comparire.

4.° Che negli ascessi freddi, scrofolosi, come nei

seni fistolosi che ne sono la conseguenza, le injezioni di iodio meritano ugualmente come nell'idrocele e nell'idartrosi.

5.° Che esse possono riuscire sommamente utili in alcuni ascessi da congestione, dove si possa vincere la causa prima d'onde dipendono.

6.° Che nelle cisti sierose, ematiche o miste, di qualunque volume siano, ed ovunque collocate, le injezioni costituiscono il miglior mezzo curativo, purchè siano alla portata dei maneggi occorrenti per eseguirle.

7.° Che è avverata la utilità di esse nei bubboni, qualora vengano adoperate in tempo opportuno, vale a dire immediatamente dopo la evacuazione del pus in essi racchiuso: esse attivano e sollecitano in modo notevole la cicatrizzazione dei sacchi purulenti, talvolta assi lenti a chiudersi cogli altri mezzi comunemente usati.

8.° Finalmente, che i tumori freddi sono soventi per esse vantaggiosamente modificati, e diremo anche talvolta guariti, purchè però un trattamento generale ben regolato concorra, come negli ascessi freddi scrofolosi e per congestione, a combattere efficacemente le tendenze di una causa agente in maniera più generale sull'organismo.

La Memoria ha fine con un Capitolo nel quale l'Autore consiglia il modo col quale si devono adoperare le injezioni iodate.

La dose comunemente adoperata consiste nella terza parte di tintura di iodio. L'Autore la adoperò

anche pura, senza inconvenienti. Alcuni aggiungono un grano di ioduro di potassio ogni trenta grammi di soluzione iodata. Di tal modo la soluzione viene saturata, e soppressa la tendenza che ha l'iodio a volatilizzarsi per poco che la soluzione iodata sia in contatto dell'aria atmosferica, oppure a precipitare al solo aggiugnere alla tintura dell'acqua distillata.

La puntura deve essere fatta col metodo sottocutaneo per impedire l'ingresso dell'aria nel sacco, e quindi i danni che ne conseguirebbero. Tutti i chirurghi sanno le precauzioni da adoperarsi affinchè dietro lo svuotamento dell'ascesso, o altro, l'aria non penetri, senza che occorra di farne qui la enumerazione.

Finalmente chiude con una ipotesi circa il modo col quale esse effettuano la guarigione, e dice: Che se qualche volta le injezioni iodate provocano una infiammazione adesiva nelle cavità chiuse naturali, altre volte esse provocano una infiammazione la quale senza produrre aderenze modifica e le funzioni pervertite delle superfieie secernenti e la loro tessitura, alterata sia primitivamente sia consecutivamente allo spandimento.

Dal ragguaglio che abbiamo dato della Memoria di *Abeille* pare a noi, e parrà anche ai nostri lettori, che la Scrittura del dott. *Borelli* sullo stesso argomento inserita in questi Annali (1) sia superiore

(1) Ann. univ. di med., Vol. CXXI (1847), e Vol. CXXVIII (1848).

di merito a questa. Il metodo col quale il chirurgo torinese studiò la azione dell'iodio e dei veicoli dell'iodio sulla tessitura organica viva; lo studio e la diligenza con la quale istituì le prove terapeutiche così nella specie umana come negli animali; la sagacia con cui ne ha interpretata la azione, e dilatato il campo delle applicazioni terapeutiche di questo metodo di cura; la dovizia e la scelta dei casi pratici; tutto concorre a rendere la Memoria del chirurgo italiano superiore a quella del medico in Capo dell'ospedale di Givet. — Giova dire che anche gli accademici di Tolosa abbiano riconosciuta codesta superiorità, se si sono degnati di aggiudicare una metà del premio alla Scrittura del medico italiano. Chi non sa che bisogna esser di lunga mano superiori ai francesi per meritare che essi ci reputino almeno pari a loro?

Del lavoro applicato agli alienati; del dott. BOUCHET, *medico in capo dell'ospizio de' pazzi in Nantes.*

Quando il dott. *Bouchet* si determinò ad applicare il lavoro a malati che da parecchi anni ne avevano perduta l'abitudine, molti dei quali erano stati continuamente rinchiusi nelle vecchie stanze di Santiatner, ove da gran tempo erano in preda a idee frenetiche, che non si era mai procurato di reprimere, egli si aspettava di incontrare grandissime difficoltà, le quali però non furono così insuperabili come si sarebbe creduto.

Subito dopo i primi tentativi, quell'alienato che stava dapprima rinchiuso in una cella, e continuamente sdrajato sulla paglia, era diventato un buon operajo di terrazzi; tal altro, già

terrore del quartiere per le sue minaccie, si era fatto un eccellente minatore; tal altro finalmente, già prima nudo nella sua cella, che imbrattava di sozzure che poi mangiava, era anch'esso diventato un buon operajo, e ritornato alla vita comune, vestiva decentemente, si nutriva da sano, e dormiva in un buon letto.

Bouchet ha fatto inoltre dei suoi ammalati de'fabbri, de'magnani, de' falegnami, de' bottaj, ecc.; ha impiegate le donne a lavare, a stirare, a cucire, a far lavori a maglie, a far filaccie, a mondar legumi, a fabbricare stuoje e cappelli di paglia...

Tra gli alienati d'ambo i sessi, ve n'ha una classe alla quale riesce difficile applicare il lavoro come trattamento: dessi sono quelli cui la coltura dello spirito o i comodi della vita hanno allontanati dalle professioni manuali. *Bouchet*, intento a dirigere le abitudini degli ammalati nel senso della loro prima condizione, non insiste per avviare ai lavori manuali quelli che se n' erano astenuti prima della loro malattia. Esso si accontenta di mettere, a tutta loro disposizione, in un giardino fabbricato all' inglese dei piccoli spazj, e procurare alle donne tutto ciò che si richiede necessario ai lavori di tappezzeria e di ricamo. Egli ha maggior confidenza, per rispetto a questi ammalati, nelle passeggiate in campagna, a piedi o in carrozza, e nei passatempi regolari e giornalieri nelle sale ad uso di biblioteca o di bigliardo, nelle riunioni ove si possa divertire al giuoco, alla musica e alla danza.

Bouchet dice di aver tentato inutilmente l' associazione del lavoro al canto religioso, e di non aver ottenuto dalla riunione dei malati nelle chiese quei risultati che desiderava. Pare però che l'aver fallito questo mezzo dipenda piuttosto dal non averlo usato con quella cognizione che ha dimostrato nella applicazione dei lavori manuali. « Io sperava più, dice egli, dall' accordare come favore agli alienati tranquilli di uscire per qualche momento della sala di lavoro, e dalla loro riunione in qualche luogo sacro, ove indipendentemente dall' esercizio del moto e del canto si poteva far loro ascoltare delle buone parole ». Certamente l'esercizio che si ottiene col moto e col canto può essere molto utile all'alienato; le buone parole possono pure influire vantaggiosamente; la riunione in luoghi sacri, in una chiesa, può del pari produrre una favorevole impressione; ma chi

non si aspettasse altro che questo dalla religione ignorerebbe altri mezzi ben più efficaci ; quali sono appunto i sacramenti, e per primo quello della penitenza, indi quello della Santa Eucaristia.

Nel mese di settembre 1847 , s' ebbe con questi mezzi a ottenere la guarigione di un giovine monomaniaco che da tre anni era stato assoggettato a varj trattamenti, anche molto attivi, che era stato purgato giornalmente per otto mesi, e che da tre mesi e mezzo non voleva tentare di star sulle gambe , nè di servirsi delle mani neppure per mangiare. Dopo lungo insistere, avendo finalmente ottenuto di fare la sua confessione, s'ebbe la soddisfazione di vederlo guarito in quel giorno istesso, e già da un anno e mezzo quest' ammalato presenta un ottimo stato di salute tanto del corpo che della mente.

Dietro questi risultati ottenuti per mezzo del lavoro, *Bouchet* fa a sè la domanda perchè alienati che lavorano fuori, con pochissima sorveglianza, e alcuni anche, per così dire , abbandonati a sè stessi, sono tenuti prigioni in un ospizio e contrastati nel desiderio di libertà e del lavoro libero ; ed ha dimostrato perchè questa via in apparenza tanto razionale sia incompatibile colla libertà. Soltanto, in questa parte del suo lavoro, *Bouchet* , parlando degli ottimi risultati ottenuti dal vivere in comune, ne attribuisce tutto il merito ai principj di comunismo , e confonde così due cose ben distinte , per chi va al fondo delle cose: la vita in comunione, che è una vita di perfezione cristiana, e la vita quale vorrebbe il comunismo, che non ha a far niente con quella. Del resto a por fine al presente rendiconto merita d' essere riferito un tal passo colle parole dell' Autore.

« A'nostri giorni, dic'egli, p. 306, alcuni scrittori più o meno guidati dai calcoli della ragione o dall' ambizione, inspirati da una sensibilità più o meno reale, hanno variamente rialzato il velo che copre a stento le piaghe della società qual essa si trova organizzata. Una delle conseguenze di queste piaghe è senza dubbio la pazzia che colpisce il povero e il ricco , il debole e il forte , il potente e l' oppresso. Ma è forza il dirlo , anzichè diminuire, come la maggior parte dei mali di cui essa è la compagna o il risultato , a misura che si estende la civilizzazione ,

sembra anzi aumentare. Una delle cause generali del suo maggiore sviluppo, e forse la sola, si è la lotta continua che l'uomo sostiene contro il suo simile nelle aspirazioni, negli appetiti, ne' suoi istinti, nelle sue passioni. Questa lotta che produce tutti i beni della civilizzazione, quando è basata sull'intelligenza, nel suo sviluppo normale, sulla sensibilità, nelle sue applicazioni naturali, ne produce tutti i mali nelle circostanze contrarie e si comprende che la pazzia si è appunto uno di questi mali.

« A queste inspirazioni deluse, a questi appetiti continui, a questi istinti contrariati, a queste passioni combattute, cosa bisogna dunque opporre quando questa terribile malattia ne è stata la conseguenza? La cessazione della lotta e l'isolamento: non già quell' isolamento che non sarebbe che solitudine, e abbandonerebbe il cervello malato a tutte le lotte imaginarie che produrrebbero il delirio; ma l' isolamento da quella famiglia che ha procurato la sua inquietudine o pervertito i suoi sentimenti, l' isolamento da quel lavoro che non ha dato che un amaro inganno, l' isolamento da quella libertà infine, che non ha presentato che ostacoli. L' individuo sociale deve adunque scomparire e fondersi nella vita in comune, che in realtà costituisce la base attuale e principale del trattamento degli alienati.

« Io mi vedo mio malgrado forzato, dice *Bouchet*, di assumere un linguaggio divenuto politico nel momento presente; ma è fatto che questi sono i principj del comunismo che si vollero applicare al regime degli alienati. La ragione ne è semplice: il più delle volte la malattia non è che la conseguenza del principio dell'individualismo portato all'eccesso nella famiglia, nella proprietà, nel lavoro, e nella libertà. Il suo rimedio si trova adunque nella disposizione contraria, vale a dire nella annegazione di sè stesso, e nella regolarizzazione degli atti soggetti alla direzione di un pensiero straniero. Sotto l'impero di questi principj, la lotta ha cessato, il cervello e le sue facoltà sono entrati a poco a poco nel riposo. Il sentimento di comunismo si è insinuato a poco a poco nel pensiero, negli atti; desso ha sospeso gli slanci dell' individualismo, e i traviamenti che ne erano la conseguenza, ma non li ha che sospesi. Essi ricompariranno, se si sopprimono repentinamente i legami che li riten-

gono; e se avviene la convalescenza, non è che per gradi che si fanno provare al malato le emozioni che l'attendono, e presentire le gioje e le pene che dovrà aver forza di sopportare.

« Si vede adunque che l'alienato istesso, strascinato in una vita che lo predomina, difficilmente pensa a sottrarvisi in certi casi, e d'altra parte che questo pazzo docile, tranquillo, regolato in tutte le sue azioni, ricade prontamente ne' suoi traviamenti, se viene esposto troppo repentinamente alle lotte intellettuali e morali della vita sociale ».

Questo passo prova evidentemente l'influenza che può avere la religione nel trattamento delle malattie mentali. Il rimedio di queste malattie, secondo *Bouchet*, è nell'annegazione di sè stesso, e nella regolarizzazione degli atti, soggetta alla direzione di una persona straniera. Ora chi può inspirare questa annegazione di sè stesso se non la religione? *Bouchet* domanda questa annegazione ai principj del comunismo: ma cosa sono questi principj di comunismo? È egli veramente l'annegazione di sè stesso? in teoria, sì; ma in pratica, non è piuttosto l'ambizione di tirare a proprio profitto ciò che non è suo? — Guardate tutti i capi socialisti, essi vogliono che noi facciamo ogni annegazione di noi stessi per rimettere corpo ed anima, e soprattutto corpo e beni nelle loro mani; poichè poco importa a loro la nostr'anima, non è già il suo bene che li occupa, ma bensì i nostri beni. Bisognerebbe, perchè essi abbiano ragione di trattarci così, che noi fossimo tutti pazzi, e ch'essi soli fossero ragionevoli. Ma ancorchè la cosa fosse in questo modo, finchè essi ci parlano a nome della loro ragione, non potranno ottenere da noi l'annegazione di noi stessi; essi potrebbero regolare le nostre azioni sottoponendole alla direzione dei loro pensieri; ma dal momento che sotto l'influenza del loro trattamento noi ritornassimo un pò alla ragione, noi ci solleveremmo contro questa loro singolare pretesa, d'imporre a loro profitto l'annegazione di noi stessi. (*Annales médico-psycologiques*, novembre 1848).

Effetti terapeutici dell'aconito napello; *del dott.* Teissier, *di Lione.* — Questi ha intrapreso una lunga serie di ricerche, allo scopo di stabilire il valore terapeutico dell'aconito napello. Egli

si è proposto sopra tutto di studiare l'azione stupefaciente e l'azione antiflogistica di questo rimedio, che sono le azioni principali che si attribuiscono a questa sostanza. Eccone il risultato.

L'azione stupefaciente dell'aconito è incontrastabile: soltanto differente in ciò dalla morfina che assopisce più o meno ogni sorta di dolori, l'aconito non agisce invece che sopra certi dolori tutt'affatto speciali. Questa specialità d'azione dell'aconito è uno de' suoi principali caratteri, e risulterebbe, giusta l'A., dall'essere la sua proprietà stupefaciente soltanto secondaria; la proprietà principale, e in certo qual modo specifica di esso, si eserciterebbe sulla pelle, e consisterebbe nell'eliminare dai vasi di questa membrana gli elementi nocivi, e nel ristabilire le sue funzioni quando fossero disturbate sia per la ripercussione della traspirazione sia per la presenza di un virus qualunque. Così l'aconito varrebbe sopra tutto a combattere le malattie dipendenti da raffreddamento, per conseguenza seguite da flussioni catarrali, e le malattie nelle quali un principio morboso vien trattenuto nel tessuto cutaneo, come nelle febbri esantematiche.

Parimenti, le malattie dolorose nelle quali *Teissier* ha ottenuto de'buoni risultati dall'azione stupefaciente dell'aconito sono quelle che riconoscono per causa un'influenza catarrale o reumatica, e in generale un disordine delle funzioni della pelle; per esempio, nel reumatismo, nell'angina, nell'odontalgia, dipendenti da raffreddamento, ecc.

Quanto alla proprietà antiflogistica dell'aconito, dessa è, secondo lui, secondaria affatto e subordinata all'azione di questa sostanza sulla pelle; la si spiega soprattutto negli individui di temperamento nervoso o linfatico, ed in quelli predisposti al reumatismo ed alle affezioni catarrali.

Teissier passa in seguito in rivista le malattie nelle quali è indicato l'aconito e riconosciuto di una azione terapeutica preziosa: l'asma, la febbre catarrale, l'angina e la bronchite acuta, la grippe, il reumatismo, e in ispecialità i dolori reumatici recenti, che non sono accompagnati nè da gonfiezza, nè da febbre, o in quelle nelle quali questi sintomi sono appena sensibili, le febbri eruttive, la risipola, la polmonia, ma soltanto in principio di quest'ultima, ed in quella che si chiama febbre da invasione.

Teissier impiega a preferenza la tintura alcoolica d'aconito, e, all'opposto di *Fleming* (1), ad alta dose, quando vuol procurare una azione stupefaciente. In questo caso, egli innalza rapidamente la dose della tintura d'aconito da 10 a 20 goccie fino a quella di 5 ed anche 8 grammi al giorno.

Questa Memoria è interessante; ma lascia a desiderare di conoscere il metodo che egli è seguìto nell'esperimentare questo medicamento, o per lo meno qualche osservazione che possa servire di tipo e di guida nel suo uso. (*Revue médicale, février et mars 1849* dalla « *Gazette médicale de Lyon* », *N. 1 et 2, janvier 1849.*

Effetti tossici dei vapori mercuriali in una sala d'ospedale; del dott. Lefévre, *medico di marina a Rochefort.* — L'Autore riporta questa osservazione interessantissima.

Una vasta sala dell'ospedale di marina, a Rochefort, destinata per la cura dei forzati febbricitanti che conteneva 95 letti dei quali cinque d'infermieri, era infestata di cimici. Venne fatta evacuare il giorno 8 novembre 1848, e il 12, conservandovi una temperatura dai 20 ai 25 centigr., vi si fecero evaporare lentamente 2 chilogr. di mercurio liquido, distribuiti su cinque scaldavivande accese. Dopo venti o venticinque giorni di ventilazione vennero collocati di nuovo in quella sala 43 ammalati. Due giorni dopo, parecchi di questi presentavano sintomi di stomatite; *Lefévre*, temendo che questi fenomeni dipendessero dalla disseminazione del mercurio, fece vuotare la sala il giorno seguente: e il 18, 39 sopra 43 ammalati trovavansi affetti di stomatite mercuriale in vario grado. La malattia fu generalmente assai grave e accompagnata dal solito corredo delle stomatiti mercuriali; in alcuni individui, la quantità della saliva secreta era di quattro in cinque boccali nelle 24 ore; parecchi furono presi da diarrea copiosa con enteralgia grave. La maggior parte di questi ammalati, trattati coll'uso combinato dei purgativi, dei gargarismi e dei collutorj sedativi, guarirono nello spazio di 15 a 20 giorni; alcuni un po' più lentamente. Non è stato

---

(1) *Annali univ. di med.*, *Vol. CXX, p. 428* (*novemb. 1846*).

possibile di conoscere il motivo per cui cinque individui sopra 43 che decumbevano in quella sala, sfuggissero all' attossicamento. Era ben più facile il capire come gli infermieri i quali non abitavano quella sala che la notte, o una parte soltanto della giornata ne andassero pure immuni.

Dopo aver votata la sala, si pensò a purgarla dal mercurio che poteva ancora contenere; ciò si ottenne riscaldandola di nuovo fino ai 20, 25 centigr.; e facendovi esalare del cloro in abbondanza e per molti giorni; si fecero esporre in seguito tutti i mobili all' aria aperta; lavare il pavimento, imbiancare le pareti, inverniciare i letti. La sala restò chiusa per più di tre mesi, avendo però cura di ventilarla ogni volta che il tempo era favorevole.

La sala venne ancora occupata dai malati il 4 marzo 1848, e poterono quindinnanzi abitarla impunemente. Le cimici però esistevano tuttavia; e ad onta dei lavacri e dei suffumigi mercuriali e di cloro, si rigenerarono in modo da infestarne ancora i letti e le pareti. (*Revue médicale, février et mars 1849*, dal *Journal de médecine de Bordeaux*.

Alopecia circoscritta, e suo trattamento; del dott. Reclam. — *Schoenlein* fu il primo, come è noto, a indicare la presenza di un criptogamo, siccome causa della caduta dei capelli a plaghe. Questa produzione criptogamica è stato oggetto delle ricerche di *Remak*, *Gruby*, *Guensburg*, *Walther*, *Vogel* e *Malrusten*.

La terapeutica dell' alopecia ha consistito fin qui in miscugli ai quali si attribuì ipoteticamente la proprietà di far crescere i capelli. La causa del male essendo sulla pelle, e non nella radice dei capelli, *Reclam* è partito da questa indicazione: gli sporuli sono la causa che rendono i capelli fragili; distruggendoli, i capelli si conserveranno sani, e gli spazii calvi si ricopriranno di nuovo.

Siccome noi non conosciamo alcun mezzo diretto capace di distruggere i criptogami, bisogna cercare di ottenerne lo scopo per una via indiretta. Gli sporuli si trovano sulle lamelle epidermiche e nel tessuto capillare; un agente dissolvente queste due sostanze senza offendere la pelle, distrugge gli sporuli e conserva la capellatura. Si sa che l' acido acetico rende dap-

prima trasparenti, e rammollisce in seguito, i tessuti epidermici; l'acido acetico distrugge adunque il suolo sul quale vegetano gli sporuli, e questi devono assolutamente morire. Le lozioni ripetute coll'acido acetico costituiscono, per conseguenza, il miglior mezzo terapeutico dell'alopecia circoscritta.

La pratica conferma queste nozioni. Una donna aveva due aree calve sul lato sinistro della testa; essa le lavò due volte al giorno coll'acido acetico. Dopo quattordici giorni, non si trovarono più sporuli col microscopio, e nello spazio di due mesi gli spazii denudati eransi coperti di capelli. (*Ivi*).

Sugli effetti della cauterizzazione nella inoculazione tossica e virulenta; *di* Mass. Parchappe. — Dalle esperienze di *Renault* sull'assorbimento dei virus (1) risulterebbe che la cauterizzazione riuscì inefficace a prevenire l'assorbimento del virus moccioso un'ora dopo la inoculazione, e del virus del vajuolo pecorino cinque minuti dopo la inoculazione.

Siccome ravvicinando il risultamento dell'esperimento fisiologico all'inefficacia della cauterizzazione nel trattamento preventivo della rabbia potrebbesi diminuire la fiducia dei pratici e dei malati nella cauterizzazione delle ferite da morsicatura, come mezzo preservativo dell'idrofobia, e motivarne l'astinenza nei casi (che sono incomparabilmente i più frequenti) in cui fosse già trascorso qualche tempo dal momento della morsicatura; e siccome sarebbe questa grave disgrazia e pei malati e pei medici; l'Autore crede utile porre in avvertenza e gli uni e gli altri contro le induzioni analogiche che tenderebbero a togliere alla medicina l'unica risorsa che essa abbia per impedire lo svolgimento della più tremenda delle malattie.

A tal fine comunicò l'A. all'Accademia delle scienze di Parigi (8 gennajo 1849), alcune esperienze fatte in altri tempi, quando studiava sperimentalmente le diverse teoriche dell'assorbimento; esperienze che lo condussero a ritenere la cauterizzazione nella cura delle inoculazioni tossiche e virulenti più efficace che non lo sia generalmente tenuta. Egli ha riferite quattro esperienze comparative fatte su giovani cani con l'estratto di noce vomica.

---

(1) *Annali univ. di med.*, *Vol. CXXIX*, *p. 174* (*gennajo 1849*).

Seguendo il Rendiconto dell'Accademia, riporteremo le conchiusioni di queste esperienze:

« Da queste esperienze risulta che amputando o distruggendo la parte viva a contatto della quale si trova l'estratto di noce vomica, si può far cessare i fenomeni dell'avvelenamento, quand'anche questi fenomeni abbiano già acquistato un sommo grado di intensità, e dopo un contatto di dodici, di diciasette minuti. Malgrado le grandissime e altrettanto reali differenze che esistono tra i virus e le sostanze tossiche relativamente agli effetti immediati e lontani della inoculazione, e benchè la scienza possieda, per la trasmissione delle influenze tossiche mercè l'assorbimento, de' dati, che le mancano per ciò che riguarda le influenze virulenti, io credo nullameno esser difficile il non ammettere assai grandi analogie tra questi due fatti.

« Appoggiandomi al fatto che l'azione del virus rabido sembra ammettere nella parte inoculata una lunga incubazione prima della trasmissione fino ai centri nervosi della influenza morbosa che determina accidenti analoghi a quelli prodotti dai veleni della famiglia degli strichnos; io credo che l'efficacia che spiegano la amputazione e la cauterizzazione, nell'avvelenamento per noce vomica, nel far cessare gli accidenti e nell'impedire la morte può esser invocato come favorevole alla cauterizzazione delle ferite sospette, per prevenire lo svolgimento del virus rabido da inoculazione ». (*Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences*, 8 *janvier* 1849).

Dell'uso di dosi generose di sub-nitrato di bismuto nelle affezioni gastro-intestinali; *del dott.* MONNERET. — Il dott. *Monneret* riferisce essersi per alcuni anni occupato a sperimentare le qualità medicinali di questa sostanza, ed avere trovato che data in dosi assai più forti di quelle che generalmente si dànno, essa è dotata di somma virtù nelle affezioni gastro-intestinali, e specialmente in quelle accompagnate da flussi.

Diarrea semplice. — Gli è specialmente nella diarrea dei bambini risultante da allattazione imperfetta, ch'egli la trovò così vantaggiosa in forti dosi, da portare la guarigione in pochi giorni. Così pure dopo lo svezzamento e la poco giudiziosa dieta così spesso adottata, il bismuto, in dosi di tre cucchiarini al

giorno, toglie immediatamente tutti i sintomi della digestione disordinata, e specialmente la diarrea sierosa tanto sovente prodotta in questi casi. La diarrea semplice è molto più rara sugli adulti; pure se ne hanno esempj nei quali non possiamo attribuirla nè a flemmasia o ulcerazione degl'intestini, come nella malattia granulare dei reni, nelle donne clorotiche, nelle donne divenute anemiche per degenerazione cancerosa dell'utero, ed in alcuni casi di malattia cronica del cuore, o al principiare della tisi. Questa medicina ha migliore influenza in que' casi in cui la diarrea è sierosa, e risulta da condizione atonica delle membrane intestinali. Deve amministrarsi in dosi gradatamente aumentate da due dramme fino a dodici o più al giorno.

Diarrea sintomatica di lesione intestinale. — L'Autore ha amministrato sovente con buon successo il bismuto a bambini in onta alla presenza di sintomi indicativi di azione infiammatoria. Così pure, egli l'ha trovato utilissimo in alcuni soggetti tisici affetti da ostinata diarrea colliquativa, ed anche nella diarrea della febbre tifoidea, in cui il canale intestinale era certamente sede di numerose ulcerazioni. In quest'ultimo caso il suo vantaggio non è molto permanente; ma giova in quanto induce la tolleranza di articoli di dieta o di medicina, che sarebbero senza di ciò rigettati.

Cholerina. — La frequenza delle affezioni gastro-intestinali precedentemente alla comparsa del vero cholera è conosciutissima, ed è evidente quanto sia da desiderarsene la soppressione; ed a quest'oggetto meglio di qualunque altro mezzo è proprio il bismuto in dosi generose. Esso è più di tutto opportuno nei casi nei quali unitamente a diarrea havvi nausea, vomito, gastralgia, dolori colici, barborigmi, ed anoressia. Sono innumerabili i casi nei quali l'Autore ha potuto mitigare rapidamente questi sintomi, senza ricorrere all'oppio, col dare otto o dieci dramme di bismuto al giorno. Il solo inconveniente che ne risulta è un certo grado di costipazione.

Gastralgia. — Parecchi osservatori hanno già ammessa la grande utilità di questa sostanza, tanto nella gastralgia idiopatica, che nelle forme dipendenti da isterismo, ipocondriasi, clorosi, ecc., ecc.; ma essa è stata frequentemente inutile in mano d'altri, per esservi amministrata in dosi di due o tre scrupoli

al giorno, in luogo di dodici o quindici dramme; ed essa vien presa con tanta facilità, che i pazienti continuano volontariamente a farne uso dopo cessato il dolore, finchè le funzioni gastro-intestinali non sono compiutamente ristabilite. Le forme idiopatiche di gastralgia, così frequenti nelle persone sedentarie o letterate, ed in quelle afflitte da emozioni deprimenti, o che fanno abuso di alcool o di caffè, sono quelle che si combattono con maggior successo. Sovente essa ha abilitato a sopportare alimenti tonici lo stomaco di quelle pazienti cloro-anemiche, in cui si osserva così spesso una lenta e penosa digestione, accompagnata da cefalgia, sonnolenza, e dolore al dorso ed agli arti. Ma in quella gastralgia dipendente da malattia organica dello stomaco, questa medicina non produce che una guarigione temporaria, fuorchè quando questo viscere secerne un liquido acido in molta quantità.

Vomito. — Il vomito può dipendere da semplice neurosi gastrica, ed allora il bismuto si può adoperare utilmente. È altresì utile nel vomito della gravidanza, ed in quello che accompagna la dismenorrea; ma la sua efficacia è però meno certa che nelle affezioni del tubo gastro intestinale, nè mai è così sensibile come quando esistono diarrea, colica e flatulenza. Per qualunque causa si manifesti dolore durante la digestione, noi possiamo alleviarlo, meschiando generosamente coi cibi il sub-nitrato.

Amministrazione ed azione. — Si deve amministrare in polvere, e meglio nel primo cucchiajo di brodo o di minestra. Esso non eccita disgusto specialmente se viene collocato fra due pezzi di pane ammollato nel brodo. I bambini lo prendono volontieri col latte o con decozioni. L'Autore non ne ha mai dato meno di due a tre dramme al giorno, nè mai più di venti, e non ha mai veduto che risultasse il menomo inconveniente da queste forti dosi; egli lo dà ai bambini dell'ospedale indifferentemente a cucchaj piccoli ovvero da tavola, tanto è desso innocuo. Questo fatto è così poco conosciuto, che i farmacisti esitano a spedire queste ricette in cui trovano ordinate tali forti dosi. L'Autore non può comprendere come questa sostanza sia sempre stata annoverata fra i veleni irritativi, non avendo egli mai trovata la più lieve irritazione dalle più forti dosi, date tanto a sani che ad ammalati; e l'autossia dimostra che, oltre a placche di sco-

loramento nero, esso non produce alcun altro effetto sulla membrana mucosa, la cui consistenza rimane perfettamente normale. L'azione di questa sostanza sul canale sembra essere affatto negativa, vale a dire, che i sintomi normali pei quali fu prescritta scompajono prontamente. L'attenzione più accurata non ha mai potuto scoprire niun determinato effetto in nessuna altra parte del sistema. L'orina vien forse alquanto aumentata, ed il polso si fa più lento ma ciò è probabilmente dovuto alla guarigione dell'affezione gastro intestinale. L'azione del bismuto è quindi puramente *locale*; e questa azione locale ben lungi dall'essere irritante, come comunemente si crede, diminuisce l'attività dei fenomeni che hanno sede nella membrana mucosa. Non si deve peraltro supporre che questa sostanza inerte possa agire attivamente e direttamente sovra il canale, come fa un corpo solubile dopo l'assorbimento; ed è probabile che non agisca che come un corpo inerte, appunto come potrebbe fare il carbone vegetabile, proteggendo meccanicamente i sopra-eccitati organi secretorii e le papille dei nervi dal troppo immediato contatto dei liquidi e specialmente degli alimenti. Essa limita, mediante la sua apposizione meccanica, il grado di esalazione. L'essersi allegate le sue facoltà antispasmodiche, derivò unicamente dall'avere osservato la diminuzione dei sintomi, senza considerare se ciò non poteva derivare negativamente dalla preservazione della superficie gastro-intestinale dalle cause d'irritazione. In questo modo noi potremmo chiamare le tenebre un antispasmodico perchè permettono il riposo della retina e producono il mitigamento dell'irritazione che produce fotofobia. (*Gazette médicale de Paris, N.° 15, 16* del 1849).

Del rivolgimento per mezzo di maneggi esterni; del dottore Spengler. — Siccome questa operazione non può eseguirsi che previamente all'uscita del liquor amnii, il dott. *Spengler* osserva, che di rado il pratico privato ha in Germania l'opportunità di effettuarla; ma negli stabilimenti ostetrici vi si ricorre più facilmente, e *Ritgen* dice che egli adopera ora di rado altri mezzi. Il caso di cui parla in questa Memoria il dott. *Spengler*, avvenne in una donna robusta, per emorragia conseguita ad una caduta, la quale peraltro era già cessata quando giunse

il dott. *Spengler*. La gravidanza era a termine. Nell' esaminare l'addome, non lo trovò della consueta rotondità; ed essendo gl' integumenti rilassati, egli riuscì a sentire a destra le parti inferiori del bambino, ed a sinistra un corpo consistente rotondo che egli inferì dovesse essere il capo. La bocca dell' utero era aperta abbastanza da potervi introdurre la punta del dito, e le labbra ne erano grosse e cedevoli; non si poteva sentire la presentazione di alcuna parte. Non si sentivano i rumori del cuore dell'infante, nè la madre avevalo più sentito muoversi fin dalla mattina. Il romore placentale si sentiva benissimo a sinistra. L' Autore credendo poter diagnosticare un parto non naturale, procedette a tentativi per rettificare la posizione. La donna venne adagiata sul lato sinistro, e si pose sotto al capo del bambino un piccolo sodo guanciale. Al sopravvenire di una doglia, applicata esternamente una mano alla testa del bambino e l'altra verso le sue natiche, cercò spingere l'una abbasso verso la escavazione della pelvi mentre portava l' altra in alto. Poco giovarono sulle prime questi tentativi, e la donna non poteva omai più starsi sulla sinistra. Dopo due o tre ore di maneggi, durante i quali la paziente giacque ora sul dorso ora sul fianco, col guanciale compresso contro il capo del bambino, v'ebbe finalmente qualche movimento delle sue estremità; e dopo qualche tempo si potè sentire il sacco delle acque premente contro la bocca dell'utero e con un corpo duro dietro di sè. I dolori erano scarsi, e la grossezza delle membrane impediva che esse si potessero rompere facilmente. Dopo l' esito delle acque, le doglie continuarono troppo deboli, e l' Autore non avendo più segale cornuta, ricorse ad una pratica, che noi trovammo più d'una volta utile in circostanze simili. Egli dice che gli occorse alla mente che se il tamponare la vagina può adoperarsi con felice riuscita per indurre artificialmente un travaglio prematuro egli avrebbe potuto qui pure prevalersene ad indurre l'azione uterina; egli quindi la empì con spugna e filaccie, e in pochissimo tempo si manifestarono dolori attivissimi, con espulsione di un bambino morto. La donna tornò alle sue occupazioni domestiche in una settimana. (*Neue Zeitschrift für Geburtskunde*, *XXV*, *187*, *170*.

Sulla nevralgia della cervice dell'utero; *del dott.* Malgaigne. — Il dott. *Malgaigne* ritiene non sia questa altrimenti una malattia così rara come generalmente si crede. In fatto, sonovi due forme di nevralgia degli organi genitali femminili — nevralgia della cervice, e nevralgia delle appendici uterine. La nevralgia della cervice è spesso accompagnata da leucorrea o da ingorgamento del collo o del corpo dell'utero. Il suo caratteristico essenziale è l'esistenza di un punto dolente, generalmente unico, e quasi sempre situato anteriormente e verso la sinistra. Rarissimo è che esista questo punto dolente senza l'accompagnamento di dolori nevralgici nell'addome, ai lombi, all'epigastrio, ecc. Queste irradiazioni dolenti variano così di situazione come d'estensione, e sono molto idonee a venire scambiate per altre affezioni. In molti casi il solo riposo è di gran giovamento; ma nei casi ostinati si tenta sovente invano ogni varietà di mezzi. Il dottor *Malgaigne*, memore che in altre nevralgie, di cui non potè scoprire le cause, ei fu indotto per disperazione ad incidere il nervo affetto, risolse di procedere in questo caso in modo analogo, e l'incisione del punto dolente della cervice fu conseguita da buonissimo esito. Egli ripetè allora l'operazione parecchie volte, e v'ebbe emorragia due sole volte, nelle quali la forbice aveva fatta l'incisione orizzontalmente. La sezione verticale era stata seguita dalla perdita di sole poche goccie di sangue. (*Rev. méd. chir.*, IV, 333-40).

Dell'uso del collodio nelle affezioni oftalmiche; *del dottore* Hairion. — Se fosse possibile arrivare a proteggere la cornea infiammata dal contatto dell'aria, ad impedire i movimenti delle palpebre sulla sua superficie, ed a mantenere a lungo in contatto con essa le applicazioni topiche, si verrebbe a diminuire di molto la gravità della cheratite e della congiuntivite. L'uso del taffetà adesivo e simili altri empiastri dall'Autore tentati a questo fine non avevano corrisposto all'intento, allorchè gli venne a notizia il collodio. Egli lo applica d'ordinario alle palpebre d'un occhio, e poscia, se entrambi sono ammalati, anche all'altro; ma vi sono circostanze su cui può esserne necessario l'uso simultaneo. L'adesione non dura mai più di quarant'otto ore, talvolta anche meno, e bisogna replicare. Le secrezioni dell'oc-

chio si praticano comunemente un piccolo passaggio, ovvero si può anche lasciare un piccolo spazio all' angolo dell' occhio, senza toglierne l'immovibilità. Questo è sovente un ottimo mezzo sia per assicurare il riposo e l'oscurità per la congiuntiva o la cornea infiammata, sia per metterci in grado di fare efficaci applicazioni di varie unzioni alla superficie oculare. Inoltre, la facilità colla quale si può col mezzo del collodio assicurare la desiderata rettificazione in varie pervertite condizioni delle palpebre, come sulla trichiasi, distichiasi, entropion, ectoprion, ecc., lo rendono un prezioso mezzo palliativo, ed anche curativo. (*L' Union médicale*, N.i 29, 31).

Respirazione intra-vaginale, raccomandata in alcuni casi di parturizione, quando la vita dell'infante è in pericolo per pressione sul cordone; *del dott.* M' Culloch, *M. D.* — L'autore desidera rendere noto un nuovo metodo di pratica, pel quale egli ritiene che la proporzione della mortalità infantile verrà diminuita in molti casi nei quali la morte per pressione sul cordone è altrimenti inevitabile. « Se prendiamo l' adequato della pratica in Francia, in Germania, ed in Inghilterra, troviamo dalle statistiche le più autentiche che il pericolo per la vita del bambino per questa causa avviene nella presentazione delle natiche una volta in 53 parti; nelle presentazioni delle estremità superiori, dopo il rivolgimento, una volta in 261; e dove si presenta il cordone, una volta in 245 casi. Quindi, noi abbiamo in 649 parti, 12 presentazioni delle natiche, 7 delle estremità inferiori, 2 1/2 delle estremità superiori, e 2 1/2 del cordone, le quali cagionano la morte in circa il due per cento di tutti i bambini nati. Io credo essere riuscito a diminuire nella mia pratica questa gran mortalità in tre casi di presentazione pei piedi che ebbi negli scorsi otto mesi, col far sì che il bambino potesse respirare mentre la sua testa stavasi ancora nella escavazione della pelvi, dopo che la pulsazione del cordone era già cessata da diversi minuti. E questo nuovo stato d' esistenza fu mantenuto col tenere aperta la bocca del bambino col dito, ed espanso il perineo, onde lasciare libero accesso all' aria nella vagina. Per l'avvenire io cercherò di compiere quest'assunto con maggiore certezza, introducendo nella bocca l'estremità di un cate-

tere maschile di gomma elastica della massima grandezza, perforato in più luoghi, continuando come prima a fare che venga in contatto colla faccia e le narici la maggior quantità di aria possibile. In tutti i casi di cattiva posizione, in cui venga opportuna la pratica da me suggerita, la probabilità che la respirazione siasi stabilita sarà maggiore, se vi si ricorra prima che s'indebolisca la circolazione nei vasi ombellicali; e se il bambino nasce vivo quantunque manchi in essi la pulsazione, non si potrà porre in dubbio il felice esito dei nostri sforzi per conservare la vita. Possono esservi casi in cui si possa adoperare con vantaggio e a modo di tubo tracheale un catetere maschile di piccole dimensioni, con una curvatura adattata. Parmi superfluo l'aggiungere che il corpo del bambino si debba mantenere caldo, che si deve far uso di una moderata trazione, e di tutti quegli altri ordinarj mezzi di eccitare contrazione dell'utero, finchè il parto è compiuto.

« Se il metodo che io ho qui raccomandato corrisponde anche in altre mani, come nelle mie, all'intento, si sarà giunti a qualche cosa di positivo nella scienza ostetrica, in circostanze nelle quali anche i più esperti hanno finora lamentata la loro impotenza a salvare la vita del bambino ». (*British American Journal*, may 1849).

Del catarro della bocca; del dott. Pfeufer. — Il dott. *Pfeufer* impugna l'opinione dominante che le alterazioni della lingua indichino lo stato dello stomaco, e che la sua sporchezza, o il pervertimento della sua sensibilità denotino l'esistenza di affezioni gastriche. Egli nega che la medesima subisca alterazioni maggiori nelle malattie dello stomaco che in quelle di qualunque altra parte del corpo. Lo stomaco può essere estesissimamente ammalato di cancro, ed esistere insieme iperemia o blennorrea, e ciò nondimeno la lingua continuare ad essere netta e l'appetito buono: ciò che parimenti può avvenire nell'infiammazione cronica dell'organo. La lingua può bensì essere sporca e l'appetito perduto in quello stato catarrale dello stomaco che viene denominato *gastricismo*, ma non è altrimenti raro che ciò non si verifichi. Può essere perduto l'appetito, e la lingua rimanere nettissima.

D' altra parte, possono avvenire alterazioni nella cavità della bocca senza che per nulla indichino malattia nello stomaco; la lingua può essere grossa e impaniata ed esistere indifferenza al cibo, con senso del gusto ottuso e scipito, senza che l'individuo provi niun sofferimento gastrico per qualunque cosa prenda. L' affezione è in fatto un *catarro della cavità della bocca*. Esso può sopravvenire repentinamente sotto l'influenza di un emozione mentale; si accompagna come una varietà d' affezioni della bocca e della gola, e può essere eccitata da diversi articoli di dietetica o medicinali che agiscono come irritanti locali. Talvolta svanisce in poche ore, continua altre volte per giorni, ma di rado richiede una cura; e certamente non gli emetici nè i purgativi, ai quali d'ordinario si ricorre, potendosene sollecitare la cessazione col risciacquar bene la bocca con acqua fredda. Alcune volte, peraltro, l' affezione continua per settimane e mesi, e allora viene ordinariamente curata con una gran varietà di medicine, come una dispepsia ostinata; e quelli che possono farlo vengono infine mandati alle acque di Spas. Questi mezzi abbastanza appropriati nel catarro dello stomaco sono qui inutili; e con un gargarismo composto di uno o due grani di sublimato corrosivo in una libbra d' acqua, l' Autore ha molte volte guarito in pochi giorni una malattia che aveva resistito per mesi alla lunga sequela delle medicazioni antidispeptiche. Devesi poi anche por mente se vi siano sorgenti di irritazione locale; poichè più d' una volta è avvenuto al dottor *Pfeufer* di guarire, col levare qualche acuto frammento di dente, dei casi che erano stati assoggettati a tutti i modi ricevuti di trattare il *gastricismo*, ed avevano resistito a questi non meno che a lunghe cure d' acque minerali e simili! Qualche volta è ostinatissima anche una forma acuta, ripetendosi più e più volte e producendo la perdita dell' appetito. È spesso molto analoga al catarro nasale, con cui talvolta s' accompagna, e allora l'affezione della membrana mucosa è primaria. In altri casi, peraltro, e specialmente quando vien prodotta da emozione d' animo, e quando è così di frequente erroneamente attribuita a « bile », evvi apparentemente un' affezione primaria dei nervi del gusto e della sensibilità della lingua, ed allora la secrezione catarrale è secondaria. (Henle *und* Pfeufer's *Zeitschrift*, *Band VII*, 180).

Dello sviluppo della elettricità nell'atto della contrazione muscolare; di Dubois Reimond, Humboldt, Despretz, Becquerel, Matteucci, Bancalari, *con nuove esperienze del prof.* Francesco Zantedeschi.

Dopo l'esperienza di *Thilorier*, annunziata in un modo singolare, nella quale affermavasi che ponendo due aghi astatici in avanti ed a qualche distanza dall'epigastrio, e comandando a questo sistema astatico con una ferma volontà, vedevasi obbedire e deviare dalla sua posizione, io non trovo che parlisi in un modo scientifico e certo della deviazione dell'ago magnetico nell'atto della contrazione muscolare prodotta dall'impero della volontà, che in una lettera di *Dubois Reimond*, celebre fisiologo e fisico di Berlino, diretta al barone *Alessandro de Humboldt*, la quale è del seguente tenore:

« Aderendo alla vostra domanda, ho l'onore d'indirizzarvi una succinta descrizione della esperienza, nella quale faccio deviare l'ago di un galvanometro mediante la volontà dell'uomo; esperienza che vi feci vedere nel settembre del 1847, e che ora voi avete ripetuto con successo insieme al sig. *Giovanni Müller* sopra le vostre proprie persone, servendovi de' miei apparati. Il preparativo di questa esperienza è della estrema semplicità.

« Prendo un galvanometro sensibilissimo; fisso alle due estremità di esso due lamine di platino perfettamente omogenee; immergo queste lamine in due vasi riempiti di acqua salata; e finisco coll'introdurre nei vasi medesimi due diti corrispondenti alle due mani.

« Ecco ciò che allora accade.

« Alla prima immersione dei diti quasi sempre accade una deviazione più o meno pronunciata, la direzione della quale non segue alcuna legge, e che probabilmente è dovuta, almeno in parte, ad una eterogeneità qualunque dell'inviluppo cutaneo delle dita. Quando uno dei diti è ferito, la deviazione è più forte dell'ordinario, e sempre diretta in modo che il dito ferito fa le veci dello zinco di un arco zinco-rame, che si supponesse stabilito fra i due vasi in luogo del corpo umano.

« Non v'ha bisogno di dire che non è questa la specie di azione della quale dobbiamo discorrere. Anzi per ottenere

l' effetto sopra enunciato bisogna aspettare che o l' ago sia ritornato allo zero del quadrante, o che abbia presa una posizione stabile sotto l' influsso d' un resto di corrente che rifiuta disperdersi.

« Ciò fatto, stendo tutti i muscoli d' uno dei bracci in modo che si stabilisca l' equilibrio tra i flessori e gli estensori di tutte le articolazioni del membro, quasi come costumasi di fare nelle scuole di ginnastica per far conoscere al tatto lo sviluppo dei proprj muscoli.

« Subito l' ago si mette in movimento, ed il senso della sua declinazione è sempre tale, che indica nel braccio irrigidito una corrente *inversa*, secondo la espressione di *Nobili*; cioè una corrente diretta dalla mano alla spalla. Il braccio irrigidito fa le veci del rame nell' arco di zinco-rame sopraddetto.

« Col mio galvonometro, e quando sono io che fo l' esperienza, la deviazione arriva fino ai 30 gradi. Ciò non ostante ottengo dei movimenti dell' ago molto più estesi contraendo alternativamente i muscoli dell' uno e dell' altro braccio d' accordo alle oscillazioni dell' ago. Quando distendo simultaneamente i muscoli delle due braccia, accadono delle piccole deviazioni, ora in un senso, ora nell' altro, le quali provengono evidentemente dalla differenza ch' esiste tra le forze di contrazione dei due membri. Da ciò risulta, che quando si ripete l' esperienza più volte di seguito, gli effetti divengono sempre meno sensibili, non solamente perchè l' energia delle contrazioni diminuisce, ma ancora perchè diviene sempre più difficile di limitare l' atto d' innervazione ad un solo dei bracci.

« L'ampiezza di declinazione, in parità di circostanze, dipende molto dal grado di sviluppo e d' esercizio dei muscoli. Io ho il braccio assai robusto, e fra il gran numero di scienziati che hanno ripetuto nella mia casa questa esperienza, non se n' è finora incontrato uno che producesse sull' ago l' effetto che io produceva. Vi sono ancora delle persone che sono incapaci di produrre sul mio galvanometro una sensibile deviazione; ma in somiglianti casi è facile l' assicurarsi che i muscoli non acquistarono la conveniente tensione.

« Un' avvertenza finalmente che ho avuto sovente occasione di fare, si è, che il predominio abituale del braccio diritto sul

sinistro si traduce nella mia esperienza colla forza maggiore delle deviazioni che provengono dal braccio diritto irrigidito. Vi ricorderete che questa particolarità si è ancora riprodotta allorchè vi siete voluto sottoporre allo sperimento; e che, come voi avevate preveduto, l'impulsione data all'ago per la contrazione del vostro braccio diritto superava notabilmente quella proveniente dal braccio sinistro (1).

Il signor *De Humboldt* aggiunge in una lettera indirizzata al sig. *Arago*, in data del 17 maggio 1849, quanto segue: « L'esperienza dell'effetto della volontà dell'uomo nello stendere alternativamente i muscoli delle braccia non lascia ombra alcuna di dubbio. Malgrado la mia grande età e la poca forza che ho nel braccio, le deviazioni dell'ago furono fortissime. Sono state naturalmente più forti ancora quelle prodotte dal sig. *Giovanni Müller*, nostro grande notomista, e dal sig. *Helmholtz*, autore degl'importanti studj fisiologici, i quali si sono portati con me l'altro jeri dal signor *Emilio Dubois*.

« Per facilitare l'esperienza è utile d'immergere il dito indice di ciascuna mano nell'acqua, e di appoggiare le palme delle mani per distendere i muscoli del braccio che si vuol far agire. Poichè voi avete avuta la somma bontà di far menzione nei « Comptes rendus », Tom. XXVIII, pag. 570, dei risultamenti di queste importanti esperienze, ho creduto che vi tornerebbe gradito conoscere queste particolarità, che non sono ancora pubblicate nell'opera: « Untersuchungen über thierische Electricität, von *Emilie Dubois Reimond* »; cioè: « Ricerche sulla elettricità animale », Tom. I, di p. 743, con sei tavole, 1848. Ora si stampa il secondo Volume di questa grande opera, frutto delle fatiche di sei a sette anni ».

Appena giunse a Parigi la notizia di questa capitale scoperta, la quale non è che una conseguenza delle idee eminentemente

---

(1) « *Nouveaux détails sur les expériences de* M. F. Dubois Reimond, *concernant l'électricité développée par le fait de la contraction musculaire* » *Extrait d'une lettre de M.* Dubois Reimond *à M.* De Humboldt. « *Comptes-rendus de l'Académie de l'Institut de France* », *Tom. XXVIII, pag. 641, an. 1849*).

fisiologiche e degli esperimenti dell' immortale *Galvani*, il prof. *Despretz* si studiò di verificarla; ma egli giunse a risultamenti ora favorevoli ed ora contrarj, per cui si piegò a credere che gli effetti ottenuti dal signor *Dubois Reimond*, come un gran numero di quelli che si attribuiscono a delle correnti animali o vegetali, si debbano ripetere dall' azione dei liquidi sulle lamine di oro o di platino sui galvanometri sensibilissimi che si usano ordinariamente in questo genere di ricerche. Ora egli impugnava fra le dita le appendici di platino congiunte col filo galvanometrico, ed ora compiva il circolo immergendo le dita ne' due vasi ripieni di acqua salata, nei quali pescavano le estremità del filo reometrico. Sostituendo al galvanometro una rana di fresco preparata, non potè avere effetto di sorta. Nella lunga serie de' suoi esperimenti conobbe che basta immergere più o meno un dito nell' acqua salata, per avere una deviazione ora maggiore ed ora minore, ed ancora in direzione contraria (1).

Anche il celebre elettricista *Becquerel* cercò di ripetere l' esperimento del valente fisico e fisiologo di Berlino; ma egli pure pervenne ad un risultamento negativo. Egli richiamò gli effetti elettrici di tensione che si ottengono toccando colle dita i piattelli di platino o di ottone dorato di un condensatore. Egli dimostrò che l' immersione dei diti in capsule ripiene d' acqua, in cui pescano due lamine di platino in comunicazione con un moltiplicatore, deve produrre una corrente, e che la polarizzazione delle lamine di platino deve sviluppare in seguito una corrente inversa. *Becquerel* si mise in guardia degli effetti di questa corrente inversa, e degli effetti risultanti dalla immersione più o meno grande dei diti nel liquido, coprendo di un corpo grasso la parte dei diti, che può essere messa di passaggio in contatto col liquido. Operando per tal modo, egli afferma che fu per lui impossibile osservare gli effetti notati dal signor *Dubois Reimond* (2).

---

(1) « *Note relative à l'électricité developpée dans la contraction musculaire* », *etc., par* M. C. Despretz. « *Comptes rendus* ». *Tom. XXVIII, pag. 653, an. 1849*).

(2) *Note de M.* Becquerel, *relative au développement de l'é-*

In Italia il cav. prof. *Matteucci* ebbe a ripetere egualmente senza successo l'esperienza del sig. *Dubois Reimond*. Dopo avere inutilmente impiegato il galvanometro moltiplicatore, e il procedimento seguìto dallo stesso *Dubois* e da *Despretz*, egli fece uso della rana galvanoscopica, ed i risultamenti furono del tutto negativi (1).

A quesri risultamenti negativi si aggiunge il ridicolo che alcuni Giornali sparsero sopra queste esperienze e sulla credulità tedesca. Il barone *De Humboldt* si credette in obbligo di contraporre nuovi fatti che sono comparsi in una sua lettera diretta all'*Arago*, la quale venne comunicata all'Accademia delle scienze nella tornata del 2 luglio 1849, che è del seguente tenore:

« Nè il ridicolo eccitato da alcuni Giornali sulla credulità tedesca, nè i risultati ottenuti da due fisici abili nello sperimentare, hanno punto diminuito le mie convinzioni riguardo all'influenza volontaria dell'azione muscolare sul moto e sulla direzione dell'ago astatico del galvanometro. Noi tenemmo una nuova seduta nel gabinetto del sig. *Emilio Dubois Reimond*. Invitai a questa seduta il sig. *Mitscherlich*, nostro comune amico, del quale tu conosci la grande abilità nel maneggio degli strumenti di ottica e di fisica in generale. Egli ha ottenuto ciò che dopo varj anni più di trenta persone occupate nelle ricerche fisiche o fisiologiche hanno oggi confermato sopra loro medesime. Tendendo il sig. *Mitscherlich* i muscoli del braccio sinistro, l'ago fu posto immediatamente in azione e nel senso predetto dal signor *Dubois*, indicante una corrente dalla mano alla spalla nel braccio irrigidito. Di più, tendendo il braccio diritto ha veduto l'ago muoversi nel senso opposto, ma percorrere un minor numero di gradi, per la ragione che l'intensità della corrente sviluppata dal moto muscolare non è sempre la medesima nei due bracci. Pochi giorni dopo ripetè ancora

---

lectricité dans l'acte de la contraction musculaire ». « *Comptes rendus* », *Tomo XXVIII, p. 663, an. 1849*).

(1) « *Note sur les expériences de M.* Dubois Reimond ». *Extrait d'une lettre de M.* Matteucci *à M.* Despretz. « *Comptes rendus* », *Tom. XXVIII, pag. 782, an. 1849*).

l'esperienza soltanto col signor *Dubois*. Egli mi ha permesso di citare la sua testimonianza in queste linee, che tu avrai la compiacenza di comunicare all'Accademia. Per me, occupato da mezzo secolo in qua in questo genere di ricerche fisiologiche, la scoperta che ho creduto annunziarti è di un vivo interesse. È un fenomeno della vita reso sensibile da uno stromento di fisica (1) ».

Anche il sommo elettricista ginevrino, l'illustre prof. *A. De la Rive*, si mostrò pendente fra due intorno ai risultamenti ottenuti, o piuttosto alle condizioni, com'egli scrive, che dedusse *Dubois* da' suoi esperimenti. « L'uso delle lamine metalliche (egli osserva), immerse in un liquido per chiudere il circolo, ci fa correre il pericolo di dare origine, nelle esperienze del sig. *Dubois Reimond*, a degli effetti elettro-chimici perturbatori; è sventuratamente, come io osservai più di una volta, ciò che ha sempre luogo in queste ricerche elettro-fisiologiche, e che lascia tanta incertezza in questa parte della scienza, malgrado i bellissimi e numerosi lavori sperimentali che si sono fatti. Basta infatti la più piccola alterazione nella natura del liquido, la più leggera differenza in più o in meno nella immersione di una delle lamine metalliche, per dare origine, con un galvanometro dilicato, ad una corrente elettrica sensibile (2) ».

Il sig. prof. *M. A. Bancalari*, in mezzo a tante incertezze e a tanti dubbj dei fisici, volle egli pure ripetere le esperienze di *Dubois Reimond*, e pervenne a risultamenti positivi. Gli esperimenti furono fatti con un galvanometro di *Gourjon*, avente intorno al telajo 3000 giri di filo di rame, alle cui estremità erano uniti due lunghi fili di platino, i quali terminavano in due larghe e sottili lamine dello stesso metallo. Queste erano immerse in due bicchieri pieni di acqua salata, mentre due altri bicchieri pieni della stessa acqua erano posti in comunicazione co' primi per mezzo di due grossi stoppini di cotone:

---

(1) « *Comptes rendus* » *cit.*, *Tom. XXVIII*, *pag. 665*).

(2) « *Electricité développée par la contraction musculaire* ». A. D. L. R. « *Archives des sciences physiques et naturelles* », *Juillet 1849*, *pag. 218*, *Tom. IX*).

in questi due ultimi venivano immerse le mani o le dita dello sperimentatore. Le maggiori deviazioni che ottenne, operando separatamente sopra diverse persone, non oltrepassarono giammai i cinque o sei gradi; furono molte volte minori: potè però facilmente rendere le deviazioni maggiori coll'alternare le contrazioni dall'un braccio all'altro per modo da secondare il movimento dell'ago. L'invenzione della pila animale del *Matteucci* suggerì al *Bancalari* l'idea di una pila consimile, formata d'un numero di persone disposte come nella pila a corona di tazze. Osservata da prima la quantità di deviazione che ciascun individuo separatamente era capace di produrre sull'ago, compose egli la pila; e l'effetto osservato non lasciò dubbio sull'aumento d'intensità nella corrente. Le osservazioni furono fatte sopra tre individui capaci d'imprimere ciascuno separatamente una deviazione non maggiore di 5 a 6 gradi: operando essi contemporaneamente, la deviazione osservata non fu minore di 12 gradi. È facile di prevedere i risultamenti che potrebbero ottenersi aumentando convenientemente il numero degl'individui della pila.

« Mi resta a dire (prosegue il sig. prof. *Bancalari*) della direzione della corrente, quale è supposta originarsi all'atto della contrazione muscolare. Da tutti i miei esperimenti risulta, nessuno eccettuato, ch'essa è una corrente *diretta*, cioè che nel braccio contratto si muove dalla spalla alla mano; ossia tale, che se in luogo della persona fosse sostituito un arco rame-zinco, lo zinco farebbe le veci del braccio contratto. Questo risultato è in opposizione di quello che nella relazione su citata è detto avere osservato il sig. *Dubois Reimond.*

« Un'osservazione che mi è occorso di fare più volte si è, che al momento in cui si fa cessare la contrazione si desta nel braccio una corrente inversa della prima. Questa osservazione io la feci col far cessare la contrazione al momento in cui l'ago, compiuta la prima escursione, era sull'istante di retrocedere: la deviazione dell'ago in senso opposto supera quella della prima impulsione.

« Ma la corrente originata dalla contrazione è una corrente continua, o è istantanea? La difficoltà provata da me e da altri individui di perdurare assai tempo in uno stato identico di con-

trazione, mi ha tolto l'occasione di farne esattamente l'osservazione. Se dovessi anticipare un giudizio, fondato su quel poco che ho avuto modo di osservare, direi essere essa continua; ma ciò richiede nuove esperienze, se pure non vennero già da altri eseguite (1) ».

Tale era lo stato delle nostre cognizioni intorno a questa capitale scoperta: incertezza dell'esistenza per gli uni, contraddizione sulla direzione della corrente per altri. Il bisogno era sommo; gravi le difficoltà, dalle quali l'investigazione si trovava circondata; e tali da dovere quasi disperare di un risultamento che avesse a riscuotere la generale approvazione dei dotti. Come mai nel modo di esperimentare poter separare quelle circostanze che nelle sentenze dei chimico-elettrici costituiscono la cagione dello sviluppo della corrente, e in quella dei fisiologi il puro veicolo della elettricità, compiendo il circolo tra l'apparato elettroscopico e il muscolo contratto dell'animale? Bisognava nei risultamenti delle esperienze riscontrare caratteri che mentre avessero esclusa l'idea chimico-elettrica, avessero inchiusa necessariamente l'idea fisiologica, e la conseguente cagione dello sviluppo della corrente nell'organismo animale contratto. Tali furono le mie idee, che mi guidarono nel procedimento sperimentale che io tenni; e, se io non erro gravemente, parmi che la natura abbia pienamente risposto alle interrogazioni che con insistenza io le feci.

Il galvanometro idro-elettrico, del quale mi valsi, fu costrutto dal rinomato macchinista Gourjon con filo di rame a tre mila giri, i capi del quale erano metallicamente uniti a due listerelle di platino: esse venivano immediatamente impugnate dal pollice ed indice di ciascuna mano, l'epidermide dei quali era stata precedentemente bagnata con acqua salata, allo scopo di renderla meno imperfetta conduttrice della elettricità. Compiuto il circuito, l'ago astatico sempre si mise in movimento, se

---

(1) *Genova* 15 *agosto* 1849. « *Esperienze del professore* M. A. Bancalari *intorno la scoperta del sig.* Dubois Reimond *sull' influenza della contrazione muscolare nell' ago calamitato* ». *Corrispondenza scientifica di Roma, N. 11, del 22 agosto 1849*).

gnando nella sua prima escursione una deviazione di 10° a 15° all'incirca, ora in un senso ed ora nell' altro. Lasciato trascorrere il tempo necessario, perchè l' ago magnetico si rimettesse in equilibrio, e registrato il quadrante di volta in volta, perchè avesse a rispondere allo zero gradi della scala, io sono proceduto alle esperienze mettendo in azione ora i muscoli estensori ed ora i muscoli flessori. I polpastrelli delle dita non presentavano al contatto delle lamine che una superficie circolare del diametro di sei millimetri, essendo il restante coperto di una vernice perfettamente. Ecco i risultamenti ai quali pervenni, che con mie lettere del 15 settembre prossimo passato ho comunicati all' insigne naturalista e fisico sig. barone *Alessandro de Humboldt*, ed alla rispettabile Direzione della Corrispondenza scientifica di Roma il 17 dello stesso mese, che l' ebbe ad inserire graziosamente nel numero 13.

1.° La corrente elettrica nella estensione del braccio si dirige dal centro alla periferìa, ossia, secondo il linguaggio del *Nobili*, è *diretta*. Nel che io m' ebbi costantemente una conferma dell' osservazione fatta dal sig. prof. *Bancalari*. Il massimo della deviazione, ch' io m' ebbi, fu di 35.°

2.° Questa corrente nella flessione del braccio scopersi dirigersi egualmente dal centro alla periferìa, ossia dalla spalla alla mano. Il massimo della deviazione, ch' io riscontrai, fu di 18.°

3.° Ambedue queste correnti sono temporarie decrescenti, come lo dimostra la deviazione dell' ago, che successivamente si fa minore sino a ridursi alla posizione primitiva, rimanendo il braccio esteso od inflesso. In un caso della estensione del braccio sinistro la deviazione decrebbe secondo i numeri seguenti: 20°, 17°, 15°, 11°, 5° 1/2, ecc. In altro caso ebbe a scemare secondo i numeri: 12, 4, 2 1/2, 1, ecc.

4.° La corrente di contrazione s' infievolisce col reiterato esercizio dei muscoli sino a rendersi quasi insensibile: così in un caso da 16° di deviazione col replicato sforzo si ridusse neppure ad un grado.

5.° Esaurita la corrente di estensione in un braccio, tuttavia rimane cospicua la corrente d' inflessione dello stesso braccio. Sono come due apparati, ciascuno dei quali si scarica indipendentemente dall' altro.

6.° Esausta la corrente dei muscoli estensori ed inflessori in un braccio, si conserva integra e molto distinta la carica che si svolge in corrente nell'altro braccio tanto di estensione che d'inflessione. In un caso la corrente di estensione in un braccio fu di 12°, e quella d'inflessione di 14° nello stesso braccio, mentre ambedue nell'altro braccio erano estinte, o rese insensibili.

7.° La corrente elettrica di estensione e d'inflessione varia moltissimo da individuo ad individuo, ed ancora nello stesso individuo, secondo il diverso stato o condizione nella quale si trova.

8.° Al rimettersi del braccio nello stato naturale si ha una corrente diretta in senso contrario a quella che si sviluppa all'atto della inflessione ed estensione. In un caso, mentre la corrente di estensione fu di 12°, la corrente di rilassamento fu di 6°; ed in un altro caso, mentre quella d'inflessione fu di 14°, quella di rilassamento fu circa di 7°. In altri casi variarono i rapporti; ma sempre ho verificato che la corrente di rilassamento è minore di quella d'estensione e d'inflessione.

9.° Lasciato riposare il braccio in istato naturale, la corrente tanto di estensione che d'inflessione si aumenta; così in un caso ridotta la corrente di contrazione, tanto cioè di estensione che d'inflessione, a 5° 1/2, dopo quindici minuti crebbe a 9°.

10.° Esausta la corrente di estensione e d'inflessione, nulla ancora si riduce la corrente contraria di rilassamento.

11.° Essendo la corrente della contrazione muscolare molto varia da individuo ad individuo, col moltiplicare il numero delle coppie formando una catena di persone, spesso la corrente s'infievolisce, anzichè si accresca.

12.° Le naturali estensioni delle membra sono accompagnate da forti scariche elettriche. Così quel bisogno che si sente di distendere gli arti, che previene la volontà, e che quasi per istinto si compie, è una naturale tendenza di scaricarsi dell'eccesso di elettricità. Quel momentaneo tetanico movimento, che a quando a quando s'impossessa di qualche arto inferiore, si accompagna con forti scariche elettriche.

13.° Nello stato di languore e di estremo abbattimento è insensibile la corrente tanto dei muscoli flessori che estensori.

14.° Qualsivoglia funzione della vita, che si manifesta con

movimento organico, e perciò con contrazione e conseguente rilassamento, è contrassegnata da una corrente elettrica.

15.° Nel commercio reciproco della vita pare vi debba essere un circolo elettrico che ne compensi almeno in parte il dispendio.

Da queste leggi, ch' io ho costantemente verificato sopra sei individui, molto differenti per età, per applicazioni e per fisica costituzione, con seicento e più esperienze, evidentemente raccolgo che i fenomeni elettrici, resi sensibili colle deviazioni galvanometriche, non possono attribuirsi all' azione di contatto o all' azione chimica. Imperocchè, chiuso il circolo, e, come fu esposto al n.° 5, esausta la virtù dei muscoli estensori, tutta integra si serba quella dei muscoli flessori; ma l' azione di contatto, l' azione chimico-elettrica, ha serbate costanti ed inalterate tutte le sue circostanze: in ambedue i casi dovrebbe adunque essere attiva od inattiva; in ambidue i casi vi dovrebbe essere o produzione o sospensione di corrente elettrica; a meno che non si voglia ammettere un' azione di contatto, un' azione chimico-elettrica, attiva ed inattiva a volontà. Dunque la corrente elettrica che si svolge all' atto della contrazione dei muscoli, non è corrente di contatto, non è corrente di chimica azione: è una corrente che si figlia dai fenomeni della vita. Per egual modo procede e stringe l' argomentazione che si può instituire della manifestazione della corrente elettrica prodotta dalla contrazione muscolare di un braccio, mentre è esausta quella dell' altro, come fu esposto al n.° 6. Qui pure converrebbe ammettere che la virtù elettrometrica di contatto, o chimica, non opera più in modo costante: è variabile, è capricciosa, è contraddittoria, è assurda, attiva e non attiva ad un tempo.

Non basta: converrebbe di più dire che dall' impero della volontà dipende non solo l' attività e la non-attività della forza elettromotrice, ma ancora la sua direzione; dal dominio della volontà si deriverebbe ch' ella opera piuttosto in una direzione che nell' opposta: dal quale dominio noi pure veggiamo essere indipendente in tutti gli apparati elettrici. Ecco dove il ragionamento il più serrato e logico ne ha condotti; ragionamento che non hanno potuto formare que' valenti che mi hanno pre-

ceduto in queste riposte investigazioni, perchè non attesero che la natura avesse compiuta la serie delle sue rivelazioni necessarie a poter dedurre la causa delle manifestate meraviglie.

Per me l' apparato nerveo-muscolare fu sempre considerato analogo al quarto lobo ed organo elettrico della torpedine, e l'uno e l'altro fu risguardato come un apparato elettro-dinamico. Fino dal 1844 io era giunto ad imitare i fenomeni della torpedine con fili piegati in eliche costituenti un circuito tutto chiuso, col solo artificio di avvicinare e di allontanare alternativamente le spire costituenti le spirali. Per tal modo mi era sforzato d'imitare il meraviglioso apparato vivente, nel quale sotto l' impero della volontà o si avvicinano molecole, o si stringono fra di loro, ripiegandosi insieme, le fibre nerveo-muscolari (1). Questa mia idea venne pubblicata nel 1849 dal sig. *Strauss-Durckeim* come sua propria, il quale però all'idea astratta non seppe associare il fatto imitante il processo della natura (2).

P. S. Debbo aggiugnere, che da due giovani di robusta esercitata muscolatura m'ebbi deviazioni ancora maggiori di quelle riferite in questa Memoria. Dall' uno, che fu il sig. *Sonda*, macchinista del Gabinetto di Fisica di questa I. R. Università, ebbi la deviazione di 37°, e dall'altro, che fu un allievo della sua officina, le deviazioni di 47° 54° 64°. Pareva quasi che l'ago fosse sotto l'influsso della volontà dello sperimentatore: così egli obbediva prontamente con regolarità e legge costante.

L' anima, che contrae il muscolo del suo corpo; il muscolo contratto, che svolge una corrente; la corrente elettrica, che

---

(1) Zantedeschi, « *Lettera a S. A. il principe di Canino, presidente della Sezione di Zoologia e Anatomia comparata della Riunione dei naturalisti italiani convocati in Milano* ». *Venezia* 23 *settembre* 1844. *Diario N.* 10 *del* 23 *settembre.* — « *Annali delle scienze del regno Lombardo-Veneto* », *Bim. I.* 1845. — « *Trattato di Fisica elementare* », *Vol. III. Parte II, p.* 341, *Venezia* 1845.

(2) *Corrispondenza scientifica di Roma, numero* 4, *del* 28 *marzo* 1849, *pag.* 31.

magnetizza il filo galvanometrico; e il filo galvanometrico calamitato, che fa deviare l'ago astatico: ecco la serie dei fatti che si succedono. Dove ci spingerà questa capitale scoperta?; quali sono per essere i suoi limiti?; quali nuove meraviglie ci dischiuderà? Non voglio per ora colla imaginativa prevenire il campo della esperienza e dell' osservazione. Attendo che mi giunga l' opera originale del celebre *Dubois Reimond*, che in breve dev' essere intieramente pubblicata. (*Annali di Fisica del prof.* Zantedeschi, *fascicolo 1.º, ottobre 1849*).

Sull'uso terapeutico delle preparazioni di manganese, o come coadjuvante o come succedaneo alle preparazioni ferruginose; del dottor J.-E. Pêtrequin, *chirurgo in capo dell'Hôtel-Dieu di Lione, ecc.*

In questo stesso Volume degli Annali (a pag. 460) vennero fatte conoscere le considerazioni del dott. *Hannon* sulla convenienza di far prova del manganese in terapeutica, a soccorrere quelle clorosi contro cui non valgono le preparazioni ferruginose; non che le prove tentate da lui a questo fine. Dato il segnale intorno all'utilità clinica che è a sperarsene, cominciano ad apparire scritture le quali contengono i risultamenti pratici che se ne vanno ottenendo. Tra queste cominciamo a trovare la Memoria di *Pétrequin*, che verremo compendiando, lasciando in disparte quelle notizie che sono già note ai nostri lettori, e accennando invece quel tanto che riguarda le antecedenti prove di *Hannon* e che può servire di complemento alle osservazioni in queste pagine riferite nel rendere conto della sua scrittura.

L'A. raccoglie in poche linee la sua opinione sulla virtù del manganese.

Il manganese sembrami chiamato, egli dice, ad occupar un posto distinto nella materia medica per le sue attive proprietà: esso non avrà d' uopo se non d' esser conosciuto, giacchè agli occhi nostri possiede l' insieme de' caratteri che debbono assicurargli una tale conquista. Va dotato di proprietà attive, gli

effetti ch'egli raggiunge sono fra quelli che più spesso sono indicati, i casi ne'quali è da impiegarsi possono essere facilmente precisati, non ha alcuna di quelle virtù tossiche, le quali, ponendo il male accanto al bene, rendono pericoloso l' uso del migliore rimedio. È infine un agente energico, d' un' azione facile a determinarsi, d' applicazione che può essere fatta assai generale, e senza alcun pericolo nell' usarlo. È coadjuvante e succedaneo del ferro, il quale assai sovente viene prescritto ai malati. Finalmente esso empie delle lacune che il ferro stesso non varrebbe ad empire.

Già da più anni andai investigando l' azione de' metalli sull'economia: accuratamente ho studiato le modificazioni che essi possono determinare nelle alterazioni dei fluidi della macchina umana; ho particolarmente sperimentata la loro virtù nelle malattie del sangue, sul coloramento e scoloramento dei tegumenti, nelle differenti degenerazioni, e sopra i principali prodotti morbosi che invadono i nostri organi. Già fino dal 1847 io aveva partecipato al sig. *Buisson* le mie esperienze sopra di ciò, tanto quelle che erano in corso, come quell' altre che mi proponeva di fare in processo di tempo. I preparati di manganese v' erano compresi.

In quanto a ciò che si riferisce al manganese io aveva osservato (e tutti i pratici attenti aveano notato la cosa medesima) che hannovi, per esempio, certe clorosi, le quali resistono ostinatamente alla medicazione ferruginosa: il ferro sembra verso di esse avere perdute le sue virtù specifiche cotanto vantate in simili casi; nè le guarisce meglio di quanto non faccia colle anemie consecutive alle affezioni cancerose, ed a diverse alterazioni organiche. Havvi un'altra categoria non meno di questa degna d' attenzione: sono certe clorosi, che dopo avere ricevuto dalle preparazioni marziali un' utile modificazione nei progressi che fanno verso la guarigione, rimangono stazionarie a mezzo del loro miglioramento; il ferro sembra abbia esaurito ogni sua azione sopra di esse, ed assai importa compire quanto esso aveva incominciato. Finalmente v' ha pure una terza categoria di clorosi che hanno un corso affatto diverso, cedono più o meno presto alla medicazione marziale, ed a poco a poco spariscono; ma solamente per qualche tempo: la guarigione è apparente,

e la malattia riappare ad un'epoca più o meno vicina del termine nel quale riguardavasi come bastevolmente confermata la guarigione, a disillusione del malato e del medico.

A petto di queste speranze fallite malgrado i ferruginosi dati sotto tutte le forme, era logico cercare non solo un coadjuvante al ferro, ma ben anco un suo succedaneo: nel modo stesso che contro le febbri da palude, contro le quali la chinina riesce insufficiente, o non può essere adoperata, si ebbe ricorso con buon successo alla salicina, alle preparazioni arsenicali e ad altri succedanei. Il problema offeriva bastevole interesse per provocare le investigazioni le più difficili e svariate. Ed intanto, era evidente che in tali casi il ferro non valeva a bastevolmente riparare il sangue depauperato. Il ferro non mancava più al sangue; mancava bensì un altro elemento. Conveniva un coadjuvante od un succedaneo per soddisfare a tale indicazione; ed il manganese sembravami l'agente proprio ad adempiere a questa doppia indicazione.

Nonpertanto dopo l'analisi e l'isolamento chimico del manganese (1) non s'avea ancora scoperto questo metallo nel sangue (2); ma egli è dai minerali ferruginosi che lo si cava: il ferro ed il manganese s'incontrano quasi sempre commisti nelle loro miniere, ed i chimici conoscono le difficoltà che s'incontrano ad ottenere de' sali di manganese scevri di ferro, come pure dei sali di ferro scevri di manganese. Ora egli è noto che i metalli i quali ordinariamente sono riuniti nelle miniere medesime offrono spesso molta analogia fra di loro. Era pertanto razionale cosa che, dietro queste considerazioni e le già note proprietà del manganese, si cercasse in questo un coadjuvante od un succedaneo del ferro. Le mie sperienze pertanto si fondavano sull'analogia; ed il sig. *Bouisson*, giudice competente

---

(1) Galsn e Scheele, *che scopersero il manganese in una sostanza detta in allora* magnesia nigra, *prima la chiamarono* magnesium: *più tardi per timore che un tal nome fosse confuso con quello della* magnesia, *fu detto manganese*, manganesium.

(2) *Fu* Menghini *colui che scoperse il ferro nel sangue, nell' epoca stessa in cui* Leuwenoeck *vi scoperse i globuli.*

in simili materie, e per essere dottore in scienze e per essere farmacista assai dotto, diede ogni approvazione alle vedute che io gli comunicava su tal oggetto. Seguitai pertanto con perseveranza nelle mie ricerche.

Intrattanto le mie sperienze dovevano avere le più concludenti conferme. Ricevetti non ha guari dal dott. *De-Hannon*, di Bruxelles, un opuscolo intitolato: » Studj sul manganese; delle sue applicazioni terapeutiche, e dell' utilità della sua prèsenza nel sangue » (in 8.° Bruxelles, 1849). Quest' opera interessante mi colpisce per le varie vedute che contiene: quantunque tolga alle mie ricerche il pregio che potrebbero trarre dalla priorità, aggiunge assai al loro valore reale, il che è il vero interesse in medicina; egli compie certe parti che io aveva solamente sfiorato, specialmente le analisi chimiche. Le sue sperienze mi parvero concludenti, e la sua opera mi sembrò fornita di fatti soddisfacenti gli per osservatori senza prevenzione e senza un esagerato scetticismo.

Recente è la scoperta del manganese nel sangue. Il sig. *Milton* ha presentato all' Accademia delle scienze di Parigi un lavoro sul sangue dell' uomo, nel quale annunzia questo liquido contenere costantemente del manganese, della silice, del piombo e del rame (Rendiconto dell'Accademia, 1847) (1).

Le proporzioni del manganese variano talora in sommo grado. Così *De Hannon* lo trovò in gran quantità nel sangue d'un pletorico, ecc. e meno in uno scrofoloso, e meno ancora in un tubercoloso, in un anemico, ed in varj clorotici. Dall' importante lavoro del signor *Hannon* scaturisce non solo esistere del manganese nel sangue umano, ma variarne le proporzioni secondo le malattie di tal liquido.

Ora siccome nel nostro sangue esistono e ferro e manganese insieme, esisteranno altresì due indicazioni capitali per l' uso di queste sostanze; ora il ferro ed ora il manganese si troveranno ridotti a troppo piccole proporzioni; ora mancheranno amendue. La diagnosi di questi stati differenti ancora non è tracciata. Nel primo caso, indica *De Hannon* doversi impiegare

---

(1) *Ann. univ. di med. Vol. CXXVI, p. 447 (1848).*

il metallo che difetta, e nel secondo essere da darsi ambidue; ma non fornisce criterio alcuno a questo riguardo, e solo andando tentone empiricamente può determinarsi la specie di anemia, epperò la qualità del metallo da usare. Se dopo un mese, dice egli, il ferro non produce buoni effetti, convien prescrivere il manganese; se no, si corre un pericolo, giacchè quando i marziali non guariscono il malato, ne peggiorano lo stato. I globuli sanguigni sopraccarichi di ferro non potranno più assorbirne; e questo metallo altro non farà se non ostruire le vie digestive; in tal caso manca il manganese.

Io non corsi pel medesimo cammino, dice *Pétrequin*. I due metalli esistono simultaneamente nel sangue umano: pensai convenevole cosa amministrarli generalmente insieme; un tal miscuglio sembrami razionale; e ne' casi difficili può rendere dei grandi servigi, come verrò provandolo. Per rendere le mie formole più perfette e meglio imitare il processo della natura medesima, dò un poco più di ferro che non di manganese. All'appoggio di quanto dico, citerò alcune osservazioni cliniche.

Categoria I. -- *Anemia e clorosi in seguito a ripetute emorragie.*

Osservazione I. -- *Anemia e clorosi per metrorragie ripetute: guarigione per mezzo del manganese in unione al ferro.* -- Una donna, di 45 anni, di temperamento linfatico, fu il 3 giugno 1849 indirizzata al prof. *Pétrequin*. Da circa dodici anni venne sempre patendo di incomodi uterini, e particolarmente di metrorragie, alle quali fu soggetta per sette anni. Entrò nello spedale, ed il prof. *Pétrequin* riconobbe un polipo uterino, che fu operato felicemente. La salute si rifece, il vigore tornò, e potè la malata tornarsene al suo paese.

Nel 1848 di bel nuovo cominciò a soffrire d'utero; dolori all' ipogastrio, emorragie ripetute, indebolimento progressivo, color pallido quasi itterico, scoraggiamento, ecc. . . È ancora mandata al prof. *Pétrequin* come affetta di cancro uterino: egli rileva una ipertrofia del collo e delle labbra del muso di tinca, la matrice è voluminosissima, le perdite sanguigne si rinnovano molte volte il giorno. La salute della malata è profondamente

guasta, l' indebolimento estremo, il pericolo pressante. Il professor *Pétrequin* veggendo che nè gli astringenti, nè le injezioni diverse non valgono ad arrestare le emorragie, si decide all'applicazione della pasta di *Canquoin* per distruggere l' ipertrofia del collo e delle labbra. Due applicazioni di caustico furon fatte con successo felice sotto questo rapporto; ma nonpertanto l' emorragie eransi rinnovate. Il sig. *Pétrequin* pervenne a scoprire presso la cavità della matrice un polipo fibroso; il 6 luglio ne praticò felicemente l' estirpazione per mezzo dell' escisione. A fine di prevenire qualsiasi emorragia consecutiva ricorse al tamponamento, inzuppando ogni turacciolo di filaccica in una soluzione di ergotina (*Bonjean*). Il buon successo dell'operazione fu intero; ma rimaneva un' anemia estrema. La malata era sfinita dai patimenti e dalle emorragie, le carni flaccide, la pelle appannata, senza elasticità, scolorita con un color giallo cereo; il viso è pagliarino; la mucosa delle palpebre, delle labbra, del naso è pallida e ridotta allo stato di tessuto bianco; l' occhio è appannato; il polso debole; il cuore dà un suono di soffio, pronunziato assai nel primo tempo; la malata non potrebbe camminare.

Il 12 luglio si dà principio alle pillole ferro-manganiche, due al giorno, una prima della colazione, l' altra innanzi il desinare. Ecco la ricetta: 20 centigrammi di solfato di ferro, 5 di solfato di manganese, con un pò di miele e di zucchero per far le pillole.

La malata non provò malessere di sorta, ed il 16 ella accusava di già un lieve miglioramento; allorchè sopravvenne all' improvviso una terribile diarrea con dolori colici, tenesmo, affievolimento rapido, ecc.... (Lavativo con amido e laudano, 4 pillole di dioscoride).

Il 17 lieve miglioramento; 6 pillole di dioscoride: il 19 minori evacuazioni, e minori dolori: le forze tornano alquanto. Il 21 la diarrea è cessata. *Non fu mai sospeso l' uso delle pillole ferro-manganiche.* Il 22 l'aspetto della malata è migliore, il colore clorotico comincia a diminuire, le forze aumentano. Il 25 il ventre è in buono stato, ma languida la digestione: si dà l' acqua di Saint-Galmier, che reca molto utile.

Al 27 le digestioni sono migliori, ma l'appetito è ancora de

bole, e pantanosa la bocca. (Infuso di centaurea pel mattino).— Al 31 il miglioramento fece grande progresso: le mucose cominciano a marezzarsi di capillari sanguigni rossi: le carni ricuperano un poco di consistenza, l'aspetto il color suo naturale. Invece della centaurea si dà un' infusione di quassia amara, dalla quale la malata trae profitto.

Il 6 agosto questa esce dallo spedale. Il collo uterino trovasi in buono stato; non v' hanno più emorragie; lo stato generale è soddisfacente; la mucosa palpebrale è rosea al paro di quella delle gengive; il color della pelle non è più itterico, il polso batte più ampio, il romore di soffio cessò. Buono è il sonno, e così l'appetito: le digestioni pure; il sangue depauperato si ristorò. La malata s'alza ogni giorno e passeggia con piacere. Fino alla sua partenza si continuò l'amministrazione delle pillole ferro-manganiche, che dovrà protrarsi: non può cader dubbio alcuno circa l' assoluta guarigione.

Categoria. II. — *Clorosi ed anemia quali complicazioni di affezioni cancerose.*

Osservazione II. — *Scirro dell' orbita, clorosi; inutilità del ferro, guarigione col manganese.* — Una donna, di vent' anni, entra il 3 aprile 1849 nelle sale del professore *Pétrequin*; è affetta da tumore scirroso dell' orbita destra, recidivante a malgrado d'una prima operazione; ma divenuto inoperabile, e perchè il male troppo profondamente penetra nell'orbita, e perchè v'ha clorosi con anemia in sommo grado, pelle pallida color della cera bianca assai vecchia; occhio appannato, carni flaccide, cefalalgie, disordine nella mestruazione; di quando in quando romore di soffio, palpitazioni, affanno, ecc. . . . . Inutilità del ferro dato dal 3 aprile al 22 maggio. Si dà principio allora al manganese preparato in pillole dal sig. *Buisson*, nel modo che segue. — Fece sciogliere 100 grammi di protosolfato di manganese purificato in 500 grammi d'acqua stillata lievemente inzuccherata, e d' altra parte 115 grammi di sotto-carbonato di soda cristallizzata in 500 grammi d' acqua stillata egualmente zuccherata. Egli operò la doppia decomposizione in un vaso chiuso smerigliato, lasciò posare, decantò e lavò ripetutamente, lasciando ben riposare ogni volta; in fine al precipitato aggiunse

50 grammi di miele. Fece allora evaporare il più prontamente possibile fino a consistenza pillolare, e preparò le pillole di 4 grani o 20 centigrammi. Il sig. *Buisson* pensa che l'addizione di una piccola quantità di gomma arabica produca un effetto vantaggioso, perchè nell'indurar le pillole le preserva dal contatto dell'aria e dalla perossidazione.

Il prof. *Pétrequin* diede alla malata due di queste pillole ogni giorno, raccomandando di prenderne una al momento della colazione, e l' altra innanzi il pranzo. I primi giorni ella accusa alcuni dolori fugaci nel ventre, i quali però non hanno séguito alcuno; il 29 maggio più non esiste alcun disturbo di tal genere. La faccia comincia a perdere il colore verdastro, e le guance a colorirsi alquanto: il 3 giugno la malata accusa un sensibile miglioramento; il 6 si sente più forte; la congiuntiva perde il suo pallore.

Meno flacide sono le carni il giorno 10: cessò il romore di soffio; ed ella prova un ben essere progressivo rispetto al colore delle guancie, allo stato del cuore, alla cessazione della cefalalgia, alla ristaurazione delle forze, ecc. . . . . Non tarda a chiedere ella stessa d' escire dallo spedale.

Osservazione III. — *Carcinoma della palpebra; sviluppo di scorbuto e di porpora; inutilità del ferro; efficacia delle preparazioni ferro-manganiche.* — Un uomo di 58 anni, entrò nello spedale il 27 novembre 1848 per carcinoma che il prof. *Pétrequin* giunse a modificare col caustico dorato, ma senza poterne ottenere la guarigione. Nel suo lungo soggiorno allo spedale soggiacque il malato ad una alterazione profonda della sua economia, e ad una depauperazione del sangue: quest'uomo viveva melanconico, isolato, comunicando poco co'suoi vicini, facendo poco moto, e non discendendo mai a passeggiare nei cortili ombreggiati dello spedale. Nella primavera del 1849 si sviluppò uno scorbuto delle gingive, ed una porpora estesissima sulle quattro estremità, più pronunciata alle gambe, dove si vedevano quasi delle petecchie, delle ecchimosi sotto-cutanee, e delle infiltrazioni sanguigne cellulose, ed inter-muscolari. V'ebbero epistassi, lipotimie, ecc. . . . L'aspetto si fece terreo, l'occhio appannato, il fiato fetido, le carni flacide, i piedi edematosi, con abbattimento, stanchezza, anoressia, e moti febbrili irregolari,

ecc. . . . Le pillole di *Blaud*, i tonici, gli acidi, ecc. . . . . erano esciti vani. Il 14 giugno il prof. *Pétrequin* comincia a dargli delle pillole ferro-manganiche, alla dose di due per giorno. Il 23 lieve miglioramento ; si cauterizzano le gingive con una miscela di miele e d'acido idro-clorico.

Il 25 giugno il suo stato è migliorato di molto, riprende visibilmente le forze ed un po' di colore ; le gengive non sono più tanto fungose, e la congiuntiva è meno pallida : si torna alla limonata solforica. Il 29 giugno le macchie ecchimotiche cominciano a scomparire, e continuano di giorno in giorno. Il malato tenta di levarsi e camminare, ma non ne è ancora capace : frizioni alle gambe col balsamo opodeldock. -- 2 luglio : le ecchimosi disparvero, le carni sono meno flacide, l'appetito ritorna insieme al colore del viso. -- Il 7 prova un senso di benessere come da molto tempo non aveva provato, ha maggior vigore, s' alza dal letto, passeggia senza che le gambe si gonfino come per l'innanzi. -- Il 12 le gengive sono in istato naturale, tornò il colore alle guance, alle labbra, alla congiuntiva; l'appetito è buono ; i muscoli più vigorosi, il depauperamento del sangue va ogni dì più riparandosi ; si diedero alcuni clisteri di china, di valeriana, di capi di papavero ed alcuni bagni solforosi.

Il malato esce dallo spedale nel giorno 14 luglio in istato soddisfacente, e va a respirar l'aria della campagna che compirà la convalescenza : continuerà per qualche tempo l'uso delle pillole ferro-manganiche.

Categoria III. — *Cloro-anemia con complicazione di sifilide e di scrofola.*

Osservazione IV. — *Infezione sifilitica, degenerazione scrofolosa ; cloro-anemia ; efficacia delle pillole ferro-manganiche.* — Un sartore a Lione, di 27 anni, nel 1848 fu côlto da ulceri venerei, e più tardi da ulceri consecutive d'apparenza scrofoloso-sifilitica al braccio ed alla gamba, sintomi terziarj, sviluppati malgrado un'abbondante cura mercuriale.

Entrò nello spedale nove mesi dappoi, l'11 giugno 1849, nelle sale del prof. *Pétrequin*. Si curano le ulceri mercè la tisana di

saponaria e di salsapariglia, i bagni a vapore, i bagni solforosi, le pillole di *Dupuytren*, ecc.; il 25 giugno invece di queste pillole si danno le preparazioni di ioduro di ferro, avuto riguardo alla costituzione scrofolosa del soggetto.

Questi offre il 1 luglio tutti i caratteri di depauperamento del sangue: pelle flacida, di color pallido terreo; congiuntiva scolorata; debolezza generale da non poter camminare se non difficilmente; le ulceri con margine violaceo e fondo ardesiaco, che danno una sanie siero-purulenta, fetida, senza alcuna tendenza alla cicatrizzazione. Nessun romore di soffio al cuore od alle carotidi; illanguidite le funzioni digestive, ecc. . . .

Il prof. *Pétrequin* prescrive due pillole ferro-manganiche. Il giorno 3 sembra migliorato l'appetito, e già sensibile è il miglioramento generale nel giorno 6: i muscoli sono meno deboli; il giovine passeggia nel giardino; le sue guance hanno un aspetto meno terreo; e l'8 si direbbero state pulite levandone la pellicola corrotta dell'epidermide; alcuni capillari sanguigni si veggono injettare la congiuntiva; l'appetito consiglia d'aumentare il regime dietetico. — Nel giorno 10 trovasi il malato soddisfattissimo del regime novello, e si sente più forte. — Il 15 la mucosa delle labbra e delle fosse nasali comincia a farsi rosea; più vigorosa è la respirazione; lo stato delle vie digestive è buono; evidente è l'efficacia delle pillole. Le ulceri tendono alla cicatrizzazione: si sono continuati i bagni solforosi.

Sì bene trovasi nel 18 giugno il malato, che richiede egli stesso d'escire dallo spedale, temendo che il soggiorno protrattovi non abbiagli a distruggere di nuovo le forze, come già gli accadde. L'aspetto è buono; le gengive rosee, i movimenti più risoluti; le ulceri non per anco guarite, in uno stato soddisfacente però; tutto mostra essere il sangue felicemente riparato; lo si fornisce di pillole per compiere la guarigione, al che concorrerà l'aria della campagna. —

Allo scopo d'evitare ripetizioni tralasceremo di citare un più gran numero di fatti.

Le osservazioni cliniche del dottor *Hannon* confermano le nostre, e viceversa: trattasi ora principalmente di ben tracciare i precetti, per quanto risguarda le indicazioni e le controindicazioni del rimedio.

La medicazione marziale non è scevra di inconvenienti appetto delle virtù terapeutiche onde è dotata. È noto come il ferro induca talvolta una sì ostinata costipazione, da obbligar il medico a sospenderne momentaneamente l'uso. Ciò non accade del manganese; non ha abbastanza forza astringente per arrestare la diarrea (Vedi osservazione 1.ª); ma non la determina nemmeno, perocchè essa non cessò nel nostro malato, malgrado la continuazione delle pillole manganiche.

Ordinariamente il ferro riesce vano nelle cloro-anemie, le quali complicano le affezioni cancerose, epatiche, ecc. . . Abbiamo mostrato di qual efficacia godano in tali casi le pillole manganiche (Vedi osservazione 2.ª).

Non si è per anco potuto utilmente usare i marziali nella clorosi dei tisici: si è esposti ad aumentare la loro irritabilità, ad aggravarne lo stato febbrile, e a far nascere gli accidenti d'una falsa pletora, ecc... Il signor *Hannon* recò delle osservazioni, le quali dimostrano che al manganese non si possono fare i rimproveri medesimi. È noto come i marziali sieno incompatibili con molte sostanze medicamentose, con taluni astringenti, tonici, stimolanti, che senza di ciò si amministrerebbero simultaneamente. Il manganese permette assai meglio tali miscugli.

In quanto alle formole mal saprebbero indicarsi le regole definitive. Il sig. *Hannon* ha moltiplicato sommamente il numero delle preparazioni: io stimerei doverle variare assai meno per sempre meglio determinarne l'effetto nelle mie esperienze. I casi nei quali il manganese sarà da propinarsi solo non mi sembrano i più comuni; il più delle volte lo associai al ferro per meglio conformarmi ai dati forniti dall'analisi chimica del sangue, nel quale i due metalli trovansi insieme riuniti. È facile d'altronde comprendere esservi de' casi pressanti ove importa di non perdere un tempo prezioso nell'amministrare isolatamente il ferro ed il manganese. Tali irresoluzioni potrebbero allora divenire funeste. L'unione di questi due metalli renderà generalmente la guarigione più rapida e più sicura: un tal effetto è infatti talora cotanto pronto che difficilmente vi si presta fede; ma potrà ognuno facilmente procacciarsene la prova.

Anche per le proporzioni mi servì di guida la costituzione normale del sangue: esso contiene assai più ferro che manga-

nese. Pensai pertanto di non dare se non una dose assai minore di quest' ultimo: prescrivo una sola parte di manganese sopra più parti di ferro. Li ordinai in principio allo stato di solfato; ma notai talvolta alcuni incomodi del ventricolo e del ventre. Ciò proveniva dalla decomposizione del sale e da uno svolgimento d'idrogeno solforato? le espressioni dei malati potrebbero farlo credere, ma non ne ho la dimostrazione chimica. Tali disturbi potrebbero anche venire da ciò che il protosolfato di manganese ha un sapore disaggradevole e spesso pertinace; e che il protosolfato di ferro ha pure un sapore d' inchiostro, ed ha altresì qualche cosa di emetico. Oggidì ho modificato tali pillole, e decompongo i detti solfati per mezzo del sotto-carbonato di soda, il quale dà origine a del sotto-carbonato di ferro, la cui efficacia è generalmente nota, ed a del carbonato manganoso, solubilissimo negli acidi dello stomaco.

℞ Solfato di ferro purificato	grammi	8
Solfato di manganese purificato	»	2
Sotto-carbonato di soda purificato . . .	»	10

Se ne facciano, secondo le leggi dell' arte, 80 pillole coll' aggiunta d' alquanto miele e gomma arabica.

È questa un'utile modificazione alle pillole di *Blaud* che, secondo noi, dovranno bentosto cedere il luogo alla combinazione novella. Il sig. *Hannon* medesimo indicò una modificazione analoga, e considera il carbonato di manganese quale un'eccellente preparazione di manganese, e raccomanda l' addizione del carbone vegetabile per assorbire l' acido carbonico che si svolge nella soprossidazione dell' ossido manganoso del carbonato, e prevenire la conseguente possibile alterazione delle pillole: secondo lui, può il carbone dispensare dalla mucilaggine, la quale aumenta la durezza di queste preparazioni. — Le mie pillole sono di 25 centigrammi: comincio a darne due al giorno: si può accrescerne la dose: le faccio prendere prima dei pasti per facilitarne la assimilazione durante il lavoro della digestione.

La forma pillolare debb' essere coadjuvata da altre preparazioni. Le mie prime esperienze essendo terminate e concludenti, ho cominciato a formare de' lattovarj e dei sciloppi di manganese: ho altresì fatto incorporare questo metallo nelle pastiglie di cioccolata, a simiglianza della cioccolata ferruginosa, la

quale rende tanti servigi nella pratica: il determinare la dose è facile cosa. Finalmente rimasi colpito nell'imaginare i vantaggi che si potrebber trarre dalle acque manganiche avuto riguardo a quelli che si hanno ogni giorno dalle acque ferruginose; è questa una via novella di sperienze fondate sopra analogie.

Non dubito punto che, ove abili osservatori vengano in nostro ajuto, le preparazioni di manganese non prendano presto un posto distinto nella materia medica. Non si pensi già ch'io voglia detrarre ai meriti del ferro, volli solamente recare alla terapeutica una ricchezza novella.

I trattati classici non ne fanno menzione, non pertanto esistono de' lavori sparsi qua e là su tale materia.

Le acque di Cransac, comune dell'Aveyron fra Rhodez e Villefranche, contengono del ferro e del manganese; e l'efficacia ond'esse sembrano dotate contro l'anemia, la clorosi, la scrofola, la leucorrea atonica, ed alcune malattie del fegato e della milza, viene a militare in favore della nostra idea di comporre delle acque ferro-manganiche (1).

In un formolario tedesco contengonsi importanti documenti

---

(1) *In una Memoria di* Martin-Lauzer, (*inserita nel fascicolo di giugno 1849 del « Journal des connaissances médico-chirurgicales »*) « *Sull'uso del manganese in medicina* », *troviamo la seguente notizia sulle acque di Cransac.*

« *Cransac ha due fonti principali note sotto le denominazioni di* sorgente alta o forte, *e di* sorgente bassa o debole. *La prima contiene sopra 1,000 parti, 1,25 di solfato di manganese e 1,25 di solfato di ferro; e inoltre debolissime proporzioni di solfati di magnesia, di albumina, di calce e una assai minima di silice. La seconda sorgente non contiene che 0,14 di solfato di manganese e 0,15 di ferro; ed è più ricca in solfati di calce, e di magnesia, che vi si contengono nelle proporzioni di 2,43 e 2,20. — L'azione terapeutica corrisponde alla differenza di composizione: la prima è tonica, astringente, arresta la diarrea non che le emorragie passive; la seconda è lassativa, ed aperiente: amendue però giovano nelle malattie che hanno per sintomo dominante un impoverimento del sangue* ».

sul manganese contro la clorosi, l'amenorrea, la sifilide, le ulceri veneree della gola. Questo manuale fu stampato a Lipsia nel 1847 sotto il titolo di « Vade mecum chimicum » : ne è autore il dottor *Kovaesy*. Ecco alcune delle principali formole che in esso contengonsi ;

1.° *Contro la clorosi.*

Mangani oxydati nativi gr. iij
Pul. fol. digit. purp. . » j
Sacch. lactis . . . . » viij
m.f.pulv. dispens doses æq » vj ÷

2.° *Contro l' amenorrea.*

Mangani oxyd. nigri . gr. xjv
Extr. sabinæ } aa. scrup. j ÷
» aloes }
m. f. l. a. boli . . n.° vj

Questa formola è attribuita a *Brera*.

3.° *Contro la sifilide.*

Manganesii sulph. . unc. j
Axungiæ porci . . . » ij
terantur exacte.

Questa formola, al pari della seguente, è di *Kopp*.

4.° *Contro le ulceri sifilitiche della gola.*

Muriati manganesii drach. ij
solve in decocto hordei unc. vj
Adde mucil. arab. } aa. » ij
Mellis despumati }

Vi sono altre formole di *Grille* per l'erpete, di *Salbe* per la psora, di *Kopp* per la rogna, ecc. . . . che provano come il manganese fosse usato in Germania senza che noi ciò conoscessimo. Notai che vi si fa uso primamente dell'ossido, poi dell' idroclorato, infine del solfato. (*Gaz. médicale de Paris, N.° 38; 22 septembre 1849*).

Trattamento della frattura delle ossa mediante semplici ferule di Gutta-percha; *del dottor* Burow, *professore presso l'Università di Königsberg.*

Egli è già un anno all'incirca che nel trattamento della frattura delle ossa io faccio uso d'un processo, il quale si discosta notabilmente dagli altri, ed è semplicissimo; gli sperimenti furono coronati da sì felice successo, ch' io credo di adempiere

ad un dovere, rendendo di pubblica ragione, ad istruzione dei medici, la seguente notizia:

I risultamenti delle mie osservazioni sono appoggiati a 17 casi di frattura delle ossa, delle quali:

2. fratture dell'omero.
8. » dell'avambraccio.
3. » della coscia.
4. » della gamba.

In questo medesimo istante, ch'io scrivo, due di queste trovansi tuttora in cura, e sono una frattura della coscia ed una frattura dell'avambraccio; il pronostico però è felice, quantunque altre circostanze, che non è mia intenzione di qui enumerare, arrechino in un caso una considerevole complicazione della malattia.

A dir vero io ho più volte pregato i miei colleghi di questo paese, perchè volessero procurarsi notizie su questo metodo di trattamento da me usato; ma, pur troppo, due soli, i dottori *Elkan* e *Möller*, ebbero la bontà di prendere in esame due soggetti da me trattati con tal metodo, sicchè potrei appoggiarmi unicamente al giudizio di questi due medici. Faccio però osservare che i malati in discorso furono quasi tutti studiati con attenzione dai miei uditori accademici, ciascuno de' quali dovrebbe aver riconosciuto i vantaggi essenziali di un tale trattamento.

Questo metodo consiste appunto in ciò che, lasciando in disparte tutte le bende e le fasciature, il mantenimento in sito viene unicamente affidato a ferule di *Gutta-percha* addattate all'uopo.

Ecco il processo da me seguito in questa operazione.

La *Gutta-percha*, come è noto, corre in commercio sotto la forma di striscie di varia larghezza. Negli adulti servono ottimamente le striscie della larghezza di 4 centimetri (?); pei bambini è meglio scegliere di più strette, cioè della larghezze da 2 centimetri a 2 1/2. Siccome però questa sostanza riscaldata nell'acqua bollente può assumere con facilità quella forma che meglio aggrada, così ne fluisce di natural conseguenza che si può sempre adoperare, qualunque sia la di lei larghezza.

È necessario tener fisso in mente che, riscaldandosi, il pezzo

immerso nell' acqua calda si allarga e si inspessisce contemporaneamente a spese della sua larghezza, sicchè puossi di leggieri ridurre fino a doppia larghezza. Se ciò malgrado le dette striscie non sono di sufficiente larghezza per formare le ferule adatte all' uopo, allora convien tagliarle più lunghe in proporzione di quanto debbono guadagnare in larghezza. Egli è cosa evidente che le striscie troppo larghe si riducono più strette mercè la trazione metodica. In tal caso i capi trovandosi meno sottoposti alla trazione, rimangono alquanto più allargati, il che ridonda a tutto vantaggio della fasciatura da praticarsi, prestando così un fermo attacco alle epifisi.

Le strisce rammollite la mercè del calore si lasciano raffreddare sino a che, applicate sulla pelle, non destino più una dolorosa sensazione di ardore; in questo stato di coesione la *Gomma-Percha* possiede un certo grado di viscosità, la quale fa sì che essa non si possa facilmente spostare dalla cute.

Allorchè nell' arto fratturato i frammenti vennero avvicinati dagli assistenti, si applicano intorno all' arto, nella direzione dell' asse della lunghezza, due o tre ferule, secondo il bisogno, siffattamente equidistanti fra loro, da lasciar libera la cute per lo spazio di uno o due dita tra l' uno e l' altro margine delle varie ferule.

Nei primi casi da me trattatti io raffreddava prontamente le ferule versandovi sopra dell' acqua fredda, ovvero coprendole di ghiaccio; per questa operazione rendevansi dure e rigide, ed aderivano tenacemente all' arto. Le manteneva quindi in tale posizione mercè due o tre fascie, appunto come si praticava anticamente per assicurare le ferule o i fanoni riempiuti di paglia negli apparecchii per frattura.

Ma questo metodo di trattamento andava congiunto ad un essenziale inconveniente. Mercè la repentina azione del freddo le ferule in sul principio acquistavano bensì una forma ed una una piegatura perfettamente corrispondente all' arto; siccome però questa refrigerazione non poteva procedere uniformemente in tutto lo spessore delle ferule, mentre la *Gomma* internamente conservava ancora un grado di calore più elevato, così dopo 24 ore all' incirca l' equilibrarsi della diversa temperatura dava origine ad un' altra contorsione delle ferule, talchè queste non trovavansi più esattamente adattate all' arto.

Però io non tardai molto a rinvenire un modo di ovviare a questo inconveniente. Dopo aver applicato le ferule, io inviluppai l'arto tutto all'ingiro con una benda di flanella, lasciandovela per 24 ore. Ora, quande la benda veniva levata, la ferula s'era già resa rigida, uniformemente raffreddata, e la sua forma non s'alterava più menomamente.

Le ferule così applicate sono tanto dure ed inflessibili da poter sostenere un forte colpo di martello senza cambiar di forma o patir flessione; esse poi si adattano sì esattamente all'arto da poter non solo riprodurre ogni benchè minima escrescenza e depressione della pelle, ma eziandio assumere l'impronta di essa ancor meglio che no'l faccia il gesso; anzi a tal segno da potervi discernere colla lente l'impressione dei peli, delle più esili rughe cutanee, delle screpolature, ed anche della direzione dei canaliculi sudoriferi. A buona ragione si potrebbe credere che i margini delle ferule dovessero per tal modo infossarsi nelle parti molli, irritarle e dar origine alla flogosi, alla formazione di vescichette ed alla gangrena. Ma la cosa cammina altrimenti, poichè i margini delle ferule spiegano invece costantemente una assoluta tendenza a rovesciarsi all'infuori, ed è perciò ch'esse non ponno destare irritazione coi loro bordi. Allorquando si leva dall'arto una ferula che si tenne applicata per un maggior spazio di tempo, l'impressione lasciata dal suo margine si riconosce appena per una depressione poco profonda e quasi neppure arrossata, la quale può eziandio servire utilmente di indicatore per la riapplicazione della ferula.

Se l'arto fratturato, non prestandogli un appoggio, ha tendenza ad abbandonare la posizione normale resagli mercè la coartazione, e se la ferula, calda ancora e pieghevole, non possiede sufficiente saldezza per impedire l'allontanamento, giova guidare sulla ferula, dopo aver inviluppato l'arto, una corrente d'acqua fredda, e non desistere dalle manualità per la coartazione sino a che le ferule abbiano acquistato pel raffreddamento il necessario grado di saldezza.

Se il giorno susseguente dopo aver levato la fasciatura, le ferule vengono tenute in sito mediante fettuccie, il mantenimento in sito riesce perfetto come in qualunque altra fasciatura; che anzi nelle fratture dell'avambraccio e dell'omero il malato può

eseguire leggieri movimenti senza il menomo disturbo, e può benissimo astenersi dall' uso della fascia al collo. Nella frattura della gamba la riunione riesce tanto compiuta, ch' io ho ripetutamente sollevato dal materasso l'arto in un colla ferula fino all'altezza di 12 a 18 centimetri, e indi lo lasciai cadere abbandonandolo al proprio peso, senza che la commozione cagionasse al malato dolore nel luogo della frattura.

Prima di passare al modo di procedere nelle singole specie di frattura, in riguardo ai casi da me trattati, siami permesso di esporre genericamente i vantaggi di questo metodo.

Siccome nei trattati di chirurgia s' incontrano incontestabilmente prescrizioni sicure risguardanti la cura delle fratture delle ossa, massime dietro l' universale introduzione degli apparecchi amidati, e siccome egli è evidente che in ogni caso ponno servire i processi già in uso, così un nuovo metodo conviene offra in genere de' vantaggi, i quali devono riferirsi:

I. Alla speditezza della sua applicazione.

II. Alla comodità pel malato.

III. Alle cure che richiede nel corso della cura.

IV. Alla spesa.

In quanto concerne la speditezza dell'applicazione, l'impiego dell' apparecchio di *Gutta-percha* esige senza dubbio una certa destrezza di manualità, come in genere è necessaria nell' uso eziandio di qualunque mezzo ausiliario nella chirurgia pratica; questa destrezza però, come avviene in tutti gli altri apparecchi di fasciatura, è affatto indipendente da ogni genere di erudizione scolastica. Tutti coloro i quali sono capaci di giudicare se abbia avuto luogo la riduzione dei pezzi dell'osso fratturato, potranno indubitatamente approvare la fasciatura in discorso. — Riguardo poi all' applicazione stessa, questa riesce meno complicata di quello che no 'l sia in qualunque altro metodo, giacchè, come io dimostrerò, persino nelle fratture della gamba non necessita altro apparato per la prolungata giacitura del malato, e neppure il cuscino e la sospensione. Una fascia circolare e le ferule che si addattino press' a poco alla forma dell' arto bastano in tutti i casi. Considerato adunque sotto questo aspetto, il nuovo metodo offre una utilità troppo evidente, per dovere spendere più parole a dimostrarla.

Nel rapporto delle comodità pel paziente, i metodi anteriori non ponno certamente neppure venir messi a confronto col presente. Basti prendere in considerazione il peso che l'arto fratturato dee sostenere nell'apparecchio amidato, comparativamente al peso delle ferule di *Percha*; ciò solo arreca grande sollievo al paziente; inoltre quanto fu da me già detto più sopra sulla mobilità dell'arto circondato dalle ferule e sulla tolleranza dei movimenti passivi e delle commozioni per parte del malato, è più che sufficiente a dimostrare la maggiore leggerezza e comodità delle ferule di *Perchia* in confronto degli altri apparati di fasciatura. Oltre tutto ciò le ferule si ponno levare senza difficoltà e in qualunque tempo, così che è libero al medico di esaminare la parte fratturata e di ripulire nel tempo istesso la pelle e le ferule, togliendo anche il pulviscolo ed altri corpi stranieri che per accidente fossero caduti entro la fasciatura.

La circostanza da ultimo accennata è di speciale importanza nei casi di frattura complicata da lesioni o già preesistenti, od avvenute contemporaneamente colla frattura.

Qualora le lesioni esistenti fossero considerevoli, si potrebbero formare in corrispondenza ad esse delle aperture nella ferula, ed avere così l'opportunità di osservare liberamente la parte offesa. Tra i casi di frattura dell'omero da me trattati, uno ebbe luogo in una donna alquanto attempata, la quale già da lungo tempo portava un fonticolo nel braccio fratturato; io aprii nella ferula un pertugio in corrispondenza della ferita del fonticolo, la risanai praticando una semplice fasciatura, e riapersi nel tempo istesso questo emuntorio sull'omero sano.

Non mi parve opportuno di tener aperto il fonticolo nel braccio fratturato (il che mi sarebbe riuscito facilissimo ad ottenere); anzi io lo avrei egualmente aperto in altra parte, quand'anche la frattura fosse avvenuta nell'avambraccio; imperciocchè io sono intieramente persuaso che questo fonticolo avrebbe precluso l'afflusso degli umori per la formazione del callo, in quel modo istesso, con cui viene ritardata d'assai la cresciuta d'un'unghia, relativamente alle unghie delle altre dita, finchè esiste alla radice di essa una piaga suppurante.

Il vantaggio più essenziale però sembra scaturire dal terzo punto, risguardante alle cure che richede dal medico nel corso

della cura. Nel maggior numero dei casi, dopo la prima fasciatura, non occorre più alcuno speciale trattamento consecutivo. Se sopravviene enfiagione, l'uniforme compressione, esercitata dalle ferule, riesce utile coll'opporsi essenzialmente ad un maggiore aumento di essa. Qualora poi non sia considerevole, le ferule cedono un pò durante la presenza della gonfiezza, e, scemando questa, esse di nuovo si ravvicinano.

Non è cosa impossibile che l'enfiagione e la pressione esercitata dalle ferule crescano a tal segno da obbligare a levar l'apparecchio, rimetterlo in sito, e rinnovarlo dipoi per una terza volta, allorchè la circonferenza dell'arto fratturato siasi ridotta alla dimensione normale. Egli è parimente necessario di rinnovare la fasciatura allorquando, per un motivo qualunque, si dovette applicare la prima fasciatura mentre sussisteva ancora l'enfiagione. Non occorre indicare la superfluità di una nuova fasciatura, quando la prima fosse stata eseguita dopo la scomparsa della reazione flogistica.

Convien sempre badare precipuamente a ciò che le fascie non siano troppo serrate, ma che però esercitino sulla ferula una uniforme pressione.

Io tentai lo sperimento di mantenere in sito mediante anelli di gomma vulcanizzata (von vulcanisirtem Gummi), ma l'esito non fu soddisfacente, giacchè questi anelli esercitavano una pressione incomoda, senza prestare la necessaria resistenza.

E per ultimo è a considerarsi il costo; il primo acquisto delle ferule è certamente più dispendioso, che non la fasciatura con una benda circolare o con una benda a quattro capi. Quando però si consideri che le medesime ferule ponno servire più volte e in casi disparatissimi, si verrà a pronunciare un giudizio più equo intorno all'apparecchio a *Gomma-percha*. Non è di assoluta necessità il tagliare ogni volta le ferule della grandezza e robustezza conveniente a ciascun individuo; se dall'un canto non è di danno ch'esse sporgano per un tratto sull'arto vicino, dall'altro le ferule troppo lunghe si ponno accorciare mediante l'azione dell'acqua fredda maggiormente protratta. (*Froriep's Notizen aus dem Gebiete der Natur — und Heilkunde*, *N.° 196*, *mai 1849*).

Ascoltazione dell'organo dell'udito; del dott. M. Frank, *di Monaco.*

In uno scritto recente « *Sullo stato presente del diagnostico obbiettivo in Otijatria* » (Ueber den gegenwärtigen Standpunckt der objectiven otiatrischen Diagnostik; Monaco 1849, 8.° di p. 62), scritto che si vorrebbe raccomandato a tutti i medici pratici, trovasi il seguente riepilogo sull'ascoltazione nelle malattie dell'organo dell'udito, sussidio comunemente assai trascurato, e che pure assai di frequente può fissare la diagnosi.

« Innanzi tutto è d'uopo preporre la tesi, che l'ascoltazione può adoperarsi *con certezza* solo nelle diagnosi del catarro della *tuba* e della cassa del timpano, non che dell'intasamento del *processo mastoideo*. Tutti gli altri risultamenti, che si vogliono ottenuti dall'ascoltazione, sono incerti; anzi la soverchia importanza concessa a questo ausilio diagnostico, ch'è pure tanto utile sotto altri rapporti, non potè che ridondare a suo discredito, ed ancor più adombrarne il lato favorevole. Quando trattisi della diagnosi di sordità nervosa, noi siamo d'avviso, essere l'ascoltazione troppo malsicura; mentre invece non la riputiamo al tutto inutile nelle forme infiammatorie del timpano. Le seguenti osservazioni di fatto, ponno in sè comprendere i fenomeni risultanti dall'ascoltazione dell'apparato auditorio.

L'aria nello stato normale non produce alcun rumore nella cassa del timpano; quando però il canale della *tuba* è alquanto ristretto, ed in esso venga spinta dell'aria a soffiate, e ad intermittenza, come avviene nel respiro, quest'aria ingenera un rumore, che si rende sensibile anche all'orecchio del medico ascoltatore. Se poi la cassa del timpano è riempiuta di un liquido qualsivoglia, e se l'aria nella respirazione vi penetra passando per la *tuba*, essa dà origine ad un mormorio, ad un rumore gorgogliante di bolle più o meno grosse. Ed appunto su questo fatto è basato l'uso dello stetoscopio, all'intento di riconoscere altre condizioni della cassa del timpano.

Curtis propose uno stetoscopio con un'apertura allargata a forma di catinella, acciò potesse comprendere in sè tutto l'orecchio esterno. Che se venga chiusa la narice opposta, e la respirazione si eseguisca con forza per la narice corrispondente,

applicando lo stetoscopio, nello stato normale della *tuba* e del timpano, si percepisce il rumore prodotto dall'aria nella cassa del timpano. Abbenchè noi dobbiamo solo tener discorso dei risultamenti che l'ascoltazione ci offre in rapporto colla cassa del timpano, pure qui noi presupponiamo la permeabilità della *tuba*, e raccogliamo complessivamente i risultati che possiamo ottenere dall' ascoltazione anche in relazione alla *tuba d' Eustachio*.

L'ascoltazione si può praticare in due modi: o, dopo avere n prevenzione introdotto nella *tuba* un catetere, si insuffla per questo artificialmente l'aria; ovvero, non servendosi del catetere, si fa eseguire al malato l'esperimento così detto del *Valsalva*, otturandogli con due dita le narici e tenendogli chiusa la bocca, mentre gli si raccomanda di fare una forte inspirazione ed una forte espirazione: quindi, dopo una maggiore o minore pausa, si ripete la prova. Durante queste operazioni tutte, convien por mente ai risultati che si ottengono mercè uno stetoscopio adattato sull'orecchio esterno, ovvero dietro l'orecchio sul *processo mastoideo*, oppure anche applicando direttamente il proprio orecchio a nudo sull' orecchio che vuolsi esplorare, quantunque quest' ultimo metodo riesca meno atto a raggiungere lo scopo.

Dall' ascoltazione così praticata si apprende a conoscere i seguenti fenomeni: 1.° In ciascuna espirazione si ode profondamente nell'orecchio uno scricchiolio, che sembra procedere dalla mutua confricazione delle superficie articolari degli ossicini dell'orecchio; si deve inoltre percepire un rumore quale si produce dalla pelle d' un tamburro che si tende, e simile a quello che produce una vescica alquanto flacida, nella quale si soffj dell' aria fino alla compiuta sua distensione.

Se gli accennati rumori sono sensibili amendue contemporaneamente in un individuo, in altro invece se ne percepirà forse uno solo; del pari nell' uno sarà più forte; e similmente il rumore di una pelle di tamburo che venga tesa, in uno sarà istantaneo, in altri prolungato. Finora non è possibile dare una significazione bene accertata a questa diversità quantitativa e qualitativa del rumore; ciò che havvi di certo si è, che nei casi in cui i detti rumori sono sensibili possiamo con sicu-

rezza asserire che la *tuba d'Eustachio* e la cassa del timpano sono permeabili.

2.° Si ode un fischio o sibilo; questo rumore indica costantemente la permeabilità della tromba d'*Eustachio* e della cassa del timpano, ed una apertura esistente nella membrana del timpano, imperciocchè il sibilo è prodotto dall'aria che passa attraverso l'apertura del timpano.

3.° Non si percepisce rumore alcuno; in tal caso, turando il naso al malato, facendogli eseguire una espirazione, e durante questa lasciandogli improvvisamente libere le narici, si verrà a conoscere se il malato abbia compressa l'aria contro la cavità delle narici e la tromba d'*Eustachio* dell'orecchio. Se l'aria non prorompe con violenza, questo indica o che egli non ha eseguito l'espirazione, ovvero ch'egli ha impedito all'aria l'ingresso nella cavità nasale e nella tromba d'*Eustachio* sollevando il palato molle; conviene in allora ripetere l'esperimento con maggiore accuratezza.

Se l'ascoltazione riesce bene, si troverà che i fenomeni obbiettivi raccolti pel di lei mezzo acquisteranno maggiore chiarezza dopo avere introdotto nella *tuba d'Eustachio* un catetere auricolare (per una ragione che or ora indicheremo) e dopo avere insufflato dell'aria in questo catetere per mezzo d'un soffietto, d'una cannuccia da schizzetto, oppure della bocca d'una terza persona. Ed è appunto per questa via obbiettiva che si acquista una cognizione assai più distinta dello stato della *tuba* e della cassa del timpano. Conviene poscia ascoltare, e dirigere l'attenzione sulla diversità dei rumori prodotti dalla corrente dell'aria durante il suo conflitto col condotto d'*Eustachio*, colla cassa del timpano, colla di lui membrana e coi prodotti morbosi liquidi del timpano e della *tuba*. Questi rumori sono:

1.° Un rumore vicino, secco. Nasce questo allorchè l'aria penetra senza ostacolo fino entro la cassa del timpano; è simile al rumore che fa una pioggia dirotta cadendo sulle foglie d'un albero; ed è perciò che venne chiamato *rumore di pioggia* (Regengeräusch) da *Delcau*, il quale pel primo fe' cenno dei risultamenti dell'ascoltazione e dell'impiego dell'aria atmosferica in genere nelle malattie della media cavità dell'orecchio. L'operato, cui sia stata insufflata l'aria, accosta subito la propria

mano alla conca dell' orecchio, e prova un senso di leggiero sbalordimento, come se gli fosse stata spruzzata dell' acqua nel condotto auditorio. Nel malato poi la sensazione del rumore è sì gagliarda, che traspare da' suoi moti e dall' alterazione de' lineamenti del volto uno sbigottimento, il quale nei soggetti sensibili giugne a tanto da minacciare persino il deliquio.

Se durante la *doccia ad aria* (Luftdouche) si accosta il proprio all' orecchio dell' operato, il rumore sembra ripetersi sulla propria membrana del timpano, e il suono che ferisce il nostro udito è l' accennato rumore di pioggia. Nel solo caso in cui questo rumore si sente all' apofisi mastoidea noi dobbiamo stimar dimostrata la sana costituzione della media cavità dell' orecchio.

Se questa doccia ad aria risveglia nella cassa del timpano un *reale dolore* durante l' operazione, ovvero in seguito ad essa; se per lei l' udito peggiora e si rende più difficile, noi dobbiamo inferirne che la cassa del timpano è la sede d' una otite, e conviene in allora por mano, dietro questi dati, alle sottrazioni sanguigne e ai derivanti, procurando di togliere l' infiammazione. *Deleau* scrive: *Exaltation de sensibilité, c'est une commencement de phlegmasie*; ed è questo di grande importanza ne' rapporti del diagnostico. Dacchè dalla doccia ad aria si ha otalgia, per l' istessa ragione dobbiamo ammettere una flemmasia; e di ciò ne ponno accertare le frequenti recidive e la maggiore durata della malattia. Ora, se il malato si lascerà illudere da un momentaneo sollievo, e trascurerà un continuato metodo di derivazione, non si andrà errati pronosticando pronte recidive, fino a che la doccia ad aria non risvegli più la sensibilità.

2.° Un rantolo mucoso (Schleimgeräusch) vicino; questo si ha quando la mucosità che ingombra la tromba d'*Eustachio* e la cassa del timpano è liquida, quando permette all' aria insufflata il passaggio fino nella cavità del timpano, ed allorchè, messa in agitazione dalla corrente d' aria, dà origine a bolle. È simile al rumore, per così dire, di ebollizione che si ottiene soffiando dell' aria nell' albume d' uovo.

3.° Un rantolo mucoso più lontano; esso nasce quando l' aria insufflata non penetra fino entro la cassa del timpano, ma

arrivando solo alla parte interna del condotto d' *Eustachio*, mette in agitazione la mucosità che vi si trova.

4.° Un lontano sventolare di vela (*bruit de pavillon*); si fa sentire quando il movimento retrogrado della corrente d'aria insufflata fa oscillare l' apertura del condotto d' *Eustachio*.

5.° Un rumore lontano, secco; nasce dal movimento retrogrado dell'aria insufflata, la quale però non penetrò nella cassa del timpano. Dietro l' asserzione di *Polansky* i rumori lontani si dovrebbero percepire con maggior chiarezza accostando lo stetoscopio alla bocca spalancata od al naso, piuttosto che all' orecchio.

Questi sono i nostri sussidj diagnostici nelle malattie della media cavità dell' orecchio, e particolarmente nel dar giudizio della parziale o totale permeabilità della *tuba d' Eustachio*, della cassa del timpano, e d'un liquido ch' essa contenga; imperciocchè gli altri stati morbosi già menzionati ed ammessi da alcuni Autori, ed eziandio quelli adottati dalla maggior parte dei più antichi, come pure quelli constatati dalle sezioni, pel medico pratico sono più che sufficientemente autenticati dai fatti. Nel novero degli ora accennati stati morbosi si troverebbero, a mò d' esempio, i vermi della cassa del timpano, la massa cretacea occupante l' apofisi mamillare, la lussazione, la distorsione, la vegetazione morbosa, le disformazioni e la parziale o totale mancanza degli ossicini dell' orecchio (quando la membrana del timpano sia illesa), la grandezza ovvero la piccolezza abnorme di essi, l' ipotetica ammissione della paralisi, dei crampi, della lacerazione e del disseccamento de' loro muscoli, la chiusura del vestibolo e della fenestra della chiocciola per sostanze ossee, la rottura della *corda del timpano* da sternuto violento, i rapporti quantitativi e qualitativi dell' acqua del labirinto, l'ammasso entro la cassa del timpano di sostanze deposte, gelatinose, filamentose, caseose e cretacee, delle quali non si può in genere conghietturare l' esistenza mediante lo specillo, la formazione di pseudo-membrane e postumi, ed in genere le diverse alterazioni patologiche, che procedono dall' infiammazione della media cavità dell' orecchio, l' atrofia dei nervi acustici, e così di seguito. Noi per lo contrario non abbiamo che una sola osservazione speciale, obbiettiva, che fissa la propria

esistenza nella vita; perciò questi stati morbosi finora devono piuttosto entrare nel ricco dominio dell' anatomia patologica (1).

Collo stetoscopio si giunge a conoscere le ostruzioni, gli otturamenti del *processo mastoideo* da sangue, da mucosità, da marcia, ecc., ciò che produce solo una leggierissima durezza d' udito; mentre le cellule mastoidee nell' età infantile mancano assolutamente, senza un corrispondente difetto d' udito. Se la flogosi della membrana pituitaria della cassa del timpano si è irradiata sulla membrana del processo mastoideo, e si è effusa marcia dal timpano nel processo mamillare (*empiema mastoideo*), ovvero se l' infiammazione si è sviluppata in origine nelle cellule del *processo mastoideo*, ed ebbe l' esito della suppurazione, in tali circostanze trovasi esaltata la sensibilità del processo mamillare alla pressione esterna; la cute, che la ricopre, si arrossa, diventa pseudo-erisipelatosa, ed infine esce la marcia, sicchè puossi penetrare colla sonda sull' osso. Similmente collo stetoscopio, come pure colle injezioni fatte nella *tuba d' Eustachio*, in cui, per esempio, nello spandimento sanguigno, il liquido rifluisce tinto di sangue, e per ultimo colla artificiale perforazione della membrana del timpano si riconoscono le ostruzioni, gli otturamenti della cassa del timpano per effusione di sangue da colpi o cadute sulla testa, per processo catarrale della media cavità dell' orecchio, dedotto il risultato dell' induzione dall' antecedente al presente, come anche i ri-

---

(1) *Non possiamo passare qui sotto silenzio un dubbio, che sovente ci insorse nell' esame della membrana del timpano mediante lo speculum. Ci si presentò più volte l' idea, che a giudicare della situazione dell' apofisi corta del martello, la quale forma il così detto* umbo, *l' intiero martello in alcuni di questi casi non assuma una giusta posizione dietro il* timpano, *ed abbia dovuto realmente abbandonare il proprio sito naturale per lussazione o per prodotti patologici. Premendo un pò colla sonda sul martello, il malato per qualche istante acquistava una maggiore squisitezza di udito. Finora ci mancarono occasioni di istituire in simili casi una indagine anatomica sul cadavere.*

L' Autore.

guardi dovuti ai fenomeni concomitanti, per esempio nel catarro della cavità mediana, i fenomeni contemporanei della membrana pituitaria delle fauci, la contemporanea condizione opaca e maculata della membrana del timpano, e così di seguito. (*Froriep's Notizen*, *cit.*, N.° 200, juni 1849).

Intorno un processo di inoculazione sifilitica (vaccination) preservatrice della sifilide costituzionale; del dott. Diday, *chirurgo in capo dell'Antiquaille (Ospedale dei venerei) a Lione. (Estratto).*

La Memoria è spartita in cinque paragrafi, distribuiti come segue:

I. Del seminio morboso (vaccin) antisifilitico; della sua scelta, e della teoretica determinazione della sua efficacia.

II. Saggi clinici; processo operatorio adoperato.

III. Risultati di queste inoculazioni; prova sperimentale della loro efficacia profilattica.

IV. Esame delle obbiezioni che si posson muover contro queste esperienze.

V. Condizioni di applicazione, valore ed estensione del metodo.

I. *Del seminio morboso (vaccin) antisifilitico; sua scelta, e determinazione teoretica della sua efficacia.* — La sifilide costituzionale attacca l'uomo una sola volta in sua vita: codesto è il principio che ha fornito l'elemento primo alle ricerche di *Diday*, e che divenne più tardi la base fondamentale delle ricerche stesse. Pochi anni sono siffatto principio sarebbe stato paradossale, e nessuno avrebbe ardito proclamare che l'economia umana non si infetta più di una volta della diatesi sifilitica: ma gli studi di *Ricord* e della sua scuola lo hanno confermato in guisa da potersi ormai ritenere per legge. La sifilide segue la legge di altre malattie, del vajuolo, della scarlattina, della rosolia, della tosse ferina, della vaccina nell'uomo; del giavardo, del farcino, negli animali. Le febbri tifoidi e la peste si annoverano tra queste. Per la qual cosa i casi eccezionali ad-

dotti contro la legge di *Ricord* riguardo alla sifilide costituzionale sono a ritenersi di egual valore ed eccezionali come i casi di vajuolo tornato una seconda volta sono contro la legge della *unicità* vajuolosa.

L'arte approfittò di questa legge per muover contro tali malattie. Dappoichè, pagando ad esse il tributo una volta, si è in avvenire risparmiati; ci ebbe d'onde sperare che mercè una modificazione analoga impressa volontariamente all'organismo si veniva ad esser guarentiti dal contrarre la malattia stessa. La medicina ha già fatto queste prove, e le ha moltiplicate in varii sensi, con la bella riuscita che si sa, per esempio, riguardo al giavardo, alla inoculazione del vajuolo, del vaccino, ecc.

Esaminando i diversi processi profilattici riguardo ai loro mezzi e ai loro risultati, si hanno due fatti che non mancano mai:

1.° L'agente che preserva dalla malattia è sempre identico o assai analogo a quella della malattia stessa; 2.° È sufficiente una lesione di lieve entità, come p. e. poche pustole di giavardo, una pustola sola di vaccino, per impedire che mai più in avvenire esca nell'individuo alcuna manifestazione morbosa.

Partendo il dott. *Diday* da queste due considerazioni capitali, pensò che bisognava cercare nelle lesioni sifilitiche stesse l'agente capace di preservare dalla sifilide. Ma qui incontrava un doppio ostacolo: il comunicare artificialmente la sifilide costituzionale anche moderata (se ciò fosse stato possibile) a chi era affetto soltanto da ulceri primitivi, non avrebbe giovato nè alla scienza nè all'ammalato, poichè l'ulcero *espone* bensì ad accidenti consecutivi, ma non li produce già a colpo sicuro: di tal modo si arrischiava di infettare malati che non erano minacciati da accidenti consecutivi. — D'altra parte, senza dare la sifilide, bisognava pur imprimere una modificazione organica un mutamento diatesico in questo senso.

Fatto cauto pertanto l'Autore per non passare oltre lo scopo e nuocere, o non rimanere al di qua e riuscire inutile, cominciò, postochè voleva trasmettere *qualche cosa nel senso* di virus sifilitico confermato, cominciò, dico, a dimandarsi per quali vie può la sifilide costituzionale propagarsi da un soggetto all'altro. Si effettua ciò per mezzo degli umori delle lesioni consecutive? No; a provare questa negativa bastano le innumerevoli inocu-

lazioni non riuscite a *Ricord*, e le esperienze di *Hunter*. Forse per il contatto intimo o frequente delle persone infette, per la abitazione in comune con esse? Nemmeno. — Ma vi ha un' altro modo di comunicazione che giornalmente si osserva. Quando una donna gravida ammala di sifilide costituzionale durante la gravidanza, assai soventi il bambino nasce coi sintomi secondarii o li presenta nelle prime settimane dopo la nascita. In tal caso, cioè quando la donna contrae la malattia durante la gestazione, il bambino viene contaminato mercè il sangue, e soltanto mercè il sangue. Rimane dunque stabilito (e con fatti clinici, il cui significato è ben maggiore che quello dei fatti sperimentali, nei quali i fenomeni sono artificialmente provocati) che l' intossicazione sifilitica generale può passare, mercè l' intermezzo del sangue, dalla costituzione di un individuo a quella di un altro. Per operare siffatta trasmissione si dimandò il dott. *Diday*, se avrebbe bastato la inoculazione colla lancetta? Altre affezioni virulente dimostrano che molte di esse si propagano diffatti per la semplice inoculazione del sangue; d' altronde, checchè si sia detto e scritto, nulla si ha per provare che il sangue di un sifilitico inoculato a un uomo sano non gli comunicherà la sifilide.

Diday dunque si credette pienamente autorizzato a non escludere questa prova, e a non reputarla insignificante prima di averla tentata. Anzi la convinzione contraria gli consigliò di cercare una nuova garanzia di innocuità. Temendo che questa inoculazione fosse per riuscire piuttosto nociva che impotente, badò, all' atto di praticarla, a prevenire la prima di codeste eventualità. Cominciò pertanto le sue prove col sangue di un ammalato con accidenti terziarii; avendo l' esperienza dimostrato che, qualora la sifilide abbia raggiunto questo periodo avanzato, non comunica più per generazione la diatesi sifilitica propriamente detta, ma soltanto una modificazione ancor male determinata e poco sensibile della costituzione del bambino. Coll' inoculare il sangue di un venereo con sintomi terziarii ad ammalati con ulceri primitivi, egli si esponeva pertanto a rimanere al di qua del limite, a non preservarli dai sintomi consecutivi; ma almeno egli era pressochè sicuro di non render più grave il loro stato per l' innesto d' un principio morboso attivo.

Riassumendo dunque in poche proposizioni il fin qui esposto, il dottor *Diday* dice che:

1.° Un uomo non ha che una sola volta in vita la sifilide costituzionale.

2.° Dunque, un individuo nel quale se ne facesse sviluppare una artificialmente, verrebbe preservato dall' averne un' altra.

3.° D' altra parte gli esempi di sifilide congenita provano che il sangue può diventare veicolo di avvelenamento costituzionale. — Ma al periodo terziario la malattia non si propaga allora coi caratteri specifici della sifilide.

4.° Così, inoculando ad un uomo sano il sangue d' un ammalato di sifilide terziaria si potrebbe creare nella costituzione dell' inoculato *una certa modalità diatesica*, ignota, è vero, sinora, ma che almeno non avrebbe l' inconveniente di produrre in lui sintomi sifilitici costituzionali.

5.° È permesso sperare che la *modalità* di che si tratta produrrebbe nell' inoculato quella medesima immunità contro la sifilide generale come la avrebbe fatta una prima sifilide anteriormente avuta da lui.

6.° Dunque le eventualità di innocuità, e quelle di efficacia profilattica di siffatto processo sono abbastanza favorevoli perchè si possa razionalmente fare sperimento su quelli che avendo attualmente o avendo avuto poco prima un ulcero, sono per ciò esposti ad avere ulteriormente sintomi di sifilide costituzionale.

II. *Applicazione sul vivo*: *Processo operatorio*. — Dopo aver preso consiglio da parecchi colleghi, la cui approvazione inspirò coraggio a fare le prove cliniche, cominciò a scegliere fra suoi malati dell' ospedale de' venerei uno che avesse sifilide terziaria ben determinata. E questi fu un uomo di 50 anni, entrato nella sala da pochi giorni, che aveva diverse periostosi non suppurate, e il quale aveva l' aspetto e l' abito evidentemente improntati da affezione sifilitica antica. Era eziandio tormentato da dolori osteocopi ben caratterizzati, che si esacerbavano specialmente di notte; i quali dolori costituiscono l' accidente terziario per eccellenza. Malgrado questo indizio che lo dichiarava sifilitico con accidenti terziarii; malgrado il simigliante giudizio datone da *Gauthier* che indirizzò l' ammalato all' ospedale, il dott. *Diday* volle assicurarsene studiando la influenza che avrebbe avuta sul malato il trattamento iodato; perchè secondo lui l' ef-

fetto delle preparazioni iodate, sebbene un dato postumo, è di gran valore nel determinare la diagnosi tra un accidente secondario ed uno terziario. Sotto l'uso dell'ioduro di potassio i dolori scemarono tosto, e assai. Allora sospese il rimedio, e aspettò che ricomparisser i dolori osteocopi per poter ritornare l'ammalato nello stato occorrente ad effettuare col suo sangue la inoculazione, vale a dire che fosse cessata la modificazione indotta dal trattamento sulla sifilide terziaria.

In quanto alla scelta dei soggetti sui quali effettuare la inoculazione, l'Autore non volle far prova su individui sani perchè avrebbe bisognato aspettare o molto tempo o invano prima che l'azzardo fosse venuto a verificare l'esito dell'esperimento. Si decise pertanto ad inoculare ammalati attualmente affetti da ulcero primitivo, eliminando tra questi i malati che avesser ulceri troppo vecchi nei quali la diatesi sifilitica, avendo avuto il tempo per formarsi, poteva manifestarsi il dì dopo la inoculazione; come sovente si vede avvenire, nelle epidemie di vajuolo, svilupparsi la malattia ad onta di una vaccinazione, troppo ritardata. Finalmente furono eliminati quelli che avevano avuto in addietro o ulceri primitivi o sifilide costituzionale: poichè manifestandosi sintomi costituzionali dopo la inoculazione non avrebbesi saputo a che attribuirli, se alle infezioni antecedenti, ovvero a recidiva di sifilide costituzionale, e quindi nulla saputo intorno al valore della inoculazione: « poichè lo ripeto, dice *Diday*, codesta non aveva, secondo me, altro effetto possibile, e quindi nessnn altro scopo, infuori quello di garantire un ammalato con ulcero dagli accidenti costituzionali che possono conseguitare al suo ulcero attuale ».--Scelse pertanto sedici individui la maggior parte de' quali non avevano codeste controindicazioni. E diciamo la maggior parte, perchè l'Autore, affine di aumentare il numero degli inoculandi, ha pur compresi alcuni che avevano avuto altra volta ulceri venerei, ed altri i cui ulceri attuali erano già tanto avanzati nei loro stadii, da poter temere che la infezione sifilitica generale si fosse in essi già realizzata. Sebbene codesta fosse una derogazione ai principii suesposti, *Diday* non li escluse per questo, perchè non facevano che rendere più probabili gli esiti sfavorevoli della esperienza, senza renderla meno concludente nel caso di riuscita felice.

Allora venne praticata un' incisione della lunghezza di un centimetro sulla pelle leggiermente infiammata e tessuto cellulare sottocutaneo corrispondente ad una periostosi che l'ammalato di sifilide terziaria aveva al cubito. Il sangue uscito aveva il colore di quello che geme dal tessuto capillare; era rosso, e sembrava puro. Con questo sangue *Diday* fece due inoculazioni al braccio sinistro di ciascuno di que' malati, alla distanza circa di 4 centimetri tra l'una e l'altra. E le fece con la lancetta intinta in esso sangue, e adoperando le più scrupolose precauzioni affinchè non avvenisse la coagulazione del sangue, e questi venisse immediatamenta trasfuso dall' uno nell' altro, intingendone perfino la lancetta non tanto ad ogni inoculazione individuale, ma sì bene ad ogni puntura di inoculazione. Gli ulceri furono in seguito medicati, come si suole, e secondo le circostanze o con i topici, o suppurativi, o leggermente astringenti, o narcotici, ecc.; poichè, regola generale, egli usa toccare gli ulceri col nitrato d' argento soltanto in due casi: sia per sollecitare il corso di un ulcero già arrivato o prossimo ad arrivare al periodo di riparazione, sia per calmare i dolori cagionati da un' ulcere fagedenica. Ebbe eziandio l' avvertenza di non lasciar che que'malati fosser sottoposti a nessun trattamento generale antisifilitico, mercuriale, iodato, aurifero, argentico, sudorifero, o altro.

III. *Resultati delle inoculazioni: determinazione sperimentale della loro influenza profilatica.* — Gli effetti locali furono semplicissimi: intorno a ciascuna puntura vi ebbe un pò di dolore e di infiammazione, ma di grado pressochè insignificante. Gli ulceri e i bubboni, medicati come all' ordinario, terminarono entro il solito tempo senza nessuna complicazione straniera, e senza rallentamento nè acceleramento alla cicatrizzazione. Ci ebbe però in cinque di essi un fenomeno, forse fortuito, ma pur frequente avuto riguardo al numero degli inoculati, che ha consistito nella comparsa del bubbone due, tre, quattro e otto giorni dopo la cicatrizzazione degli ulceri.

Esaminiamo ora la influenza profilattica della inoculazione.

Conscio il nostro Autore che molte volte i sintomi sifilitici secondarii passano inosservati dagli ammalati, adoperò le necessarie precauzioni affinchè fosser medici quelli che dovevano vi-

sitare, sei mesi dopo la inoculazione, i malati usciti dall'ospedale, e dispersi in varii e distanti paesi: egli stesso, se possibile; o altri, se distanti, ritirandone un certificato. -- Or bene, sopra 16 inoculati, 15 sono finora scevri da qualsiasi sintomo di sifilide costituzionale. Quello che ne fu preso aveva indurati gli ulceri all'atto della inoculazione: esso pertanto non era in condizione per esser inoculato, e andrebbe escluso dal calcolo statistico. Per tutti gli altri finora risparmiati sarebber già trascorsi da mesi sei a quattordici, dopo l'epoca dell'avvenuta infezione, senza comparsa di sintomi secondarii; e per ciascuno, termine medio, sarebber passati otto mesi e ventun giorni dall'apparizione dell'ulcero: il qual tempo, come l'Autore prova più avanti (§ IV), basta, secondo lui, per autorizzarlo ad affermare che è nulla o ben tenue la probabilità di veder comparire in seguito essi sintomi secondarii.

Che significa siffatto risultamento? Siffatta esenzione dalla sifilide costituzionale è dessa eccezionale, oppure è la regola ordinaria pei malati di ulceri non stati sottoposti a nessun trattamento? — Per conoscer ciò, non ci ha altro mezzo fuorchè determinare quanti sono i travagliati da sintomi secondarii sopra un dato numero di individui affetti da ulcero primitivo e non sottoposti a nessun trattamento generale; poichè se risultasse dal conto, che di questi inoculati ne fu risparmiato un maggior numero, sebbene non stati trattati con cura antisifilitica, non ripugnerebbe forse ad attribuire in qualche parte alla inoculazione questo vantaggio.

Raccogliendo quello che dissero gli A. antichi e moderni su questo particolare risulterebbe esser opinione generale che sopra 140 malati con ulceri primitivi lasciati senza trattamento generale, 65 vale a dire la metà circa offriranno in seguito sintomi di sifilide costituzionale. E il dott. *Diday* avrebbe avuto uno solo preso da sintomi secondarii, sopra 16 inoculati; e quest'uno fuori delle condizioni occorrenti per esser compreso nel numero, come si è detto di sopra.

IV. *Esame delle obbiezioni che si posson muovere contro queste esperienze.* — Prescindiamo dalla puerile e sciocca imputazione di immoralità che potrebber caricare sopra siffatte esperienze quelli che reputano la sifilide un giusto castigo divino

contro i libertini. Cercare un mezzo profilatico contro la manifestazione della sifilide costituzionale, la quale non limita le sue perniciose conseguenze ai colpevoli ma sì ancora alle generazioni che scendono da essi, è opera e utile, e santa, e tale da far proclamare come un benefattore del genere umano chi fosse per riuscirne felicemente. È ormai tempo che i pregiudizii religiosi e il malinteso pudore dei timidi moralisti, i quali finora hanno favorito su questo particolare il ciarlatanismo e i suoi segreti, sgombrino la via all'arte medica, e la lascino progredire al suo benefico segno.

Obbiezione prima. Non è ancora rigorosamente stabilita la legge che la sifilide costituzionale non si ha che una volta sola in vita.

Risposta. È vero che le manca la sanzione di molte autorità: nessuno però si è alzato contro di essa, recando fatti che la smentiscano. *Diday* l'ha costantemente trovata esatta: *Ricord* parimenti. — D'altra parte, se è esatto che l'ulcero indurato è diggià la sifilide stessa, un medesimo individuo non dovrà avere mai due volte un ulcero indurato. Il fatto è proprio così: e l'esperienza di *Ricord* conferma mercè un' esperienza estesissima quello che *Diday* aveva osservato anch' esso. — Cotesta è la legge: e se per avventura si incontrasser casi contrarii, non ne verrebbe meno il valore; a quel modo che i casi di vajuolo successivi al vajuolo e alla vaccinazione non distruggono il principio dell'unicità nel venirne impressionati.

Obbiezione seconda. A quel modo che inoculando il sangue di uno affetto da sifilide secondaria non si comunica la sifilide, a più forte ragione si avrà un effetto negativo inoculando il sangue di un sifilitico terziario.

Risposta. Finora vi ha confusione così negli esperimenti fatti in proposito, come nei risultamenti che si è creduto poter cavarne. Nello stato attuale è impossibile sostenere *coll'appoggio di risultamenti clinici* che l'inoculazione del sangue di un sifilitico a un uomo sano non sia per comunicargli la sifilide costituzionale. Al contrario, e l'analogia di azione di altri virus, e il fatto dell'infezione propagata dalla madre al feto renderebber verosimile una conchiusione opposta. Ma indipendentemente da siffatte presunzioni, i risultamenti diretti rendono, se

non certa, probabile la cosa. In una discussione avvenuta alla Società di medicina di Lione allorchè l'Autore comunicò i primi studii sull'argomento, il dott. *Levrat* seniore narrò aver veduto molte volte uscire la sifilide a' bambini vaccinati con vaccino preso da un bambino sifilitico. Questi aggiunse poi che in tali casi era sempre avvenuto che la puntura per raccogliere l'umore erasi spinta troppo entro, e si aveva fatto sangue. In tali casi il sangue aveva effettuata la trasmissione sifilitica. Così almeno la pensava anche il dott. *Levrat*, il quale dimandava a *Diday* se mai la inoculazione sua col sangue non avrebbe introdotta la sifilide negli individui sottoposti all'esperimento.

Obbiezione terza. Siccome al luogo della puntura d'inoculazione non si è sviluppato nessun lavoro patologico, è probabile che non sia nemmeno avvenuta alcuna modificazione generale all'organismo degli inoculati. Dopo la vaccinazione, la diatesi antivajuolosa non si effettua nell'organismo che in seguito alla suppurazione propria della pustola di inoculazione.

Risposta. L'A. comincia dall'osservare che il processo di inoculazione di che si tratta non è il solo per cui dalla poca importanza del lavoro risultante dalla inoculazione siasi conchiuso alla nullità del suo effetto preservativo. Toccò la stessa sorte alla inoculazione vaccina. Ma quello che è della vaccinaazione, dicasi della inoculazione sifilitica; ci saranno, o almeno bisogna ammetterli, alcuni movimenti segreti, alcune operazioni interne le quali si manifesteranno nei loro effetti remoti senza che siano avvertiti. Difatto, tornando alla vaccina, *Bousquet* ha aperto i bottoni vaccinali appena sbucciati, indi li ha cauterizzati profondamente con la pietra infernale, « per tagliar corto il lavoro locale »: eppure l'effetto preservativo si è prodotto, perciocchè la seconda vaccinazione eseguitasi immediatamente non è riuscita. — La rabbia offre l'esempio della discordanza tra l'apparente benignità e la quasi compiuta deficienza di lavoro patologico locale, e la gravezza dell'influenza prodotta sull'organismo. — Così dicesi dell'inoculazione del sangue dei mocciosi, col quale si produce la morva negli inoculati, senza che questi non presentino altro sul punto della inoculazione fuorchè il processo morboso indotto dagli istrumenti coi quali si è eseguita l'operazione.

Per questi esempi pertanto l'Autore si crede autorizzato a

dire che nè la benignità del lavoro patologico locale, nè la deficienza di fenomeni generali durante il primo periodo non portano alla conchiusione che il principio virulento inoculato non ha prodotto alcun effetto sull' economia.

Obbiezione quarta. Gli ulceri indurati sono i soli ai quali si accompagni la sifilide costituzionale: non avendo inoculati pertanto che casi di ulceri semplici, ne rimasero preservati quelli che non avrebber avuto di che temere.

Risposta. A malgrado della asserzione avanzata in questo senso dagli allievi della scuola di *Ricord*, i quali dicono che il *solo* ulcero iodurato è seguitato da accidenti generali, al dott. *Diday* ripugna il credere che la opinione di *Ricord* stesso sia cotesta, — che egli denomina « enorme eresia ». Poichè non v'ha nulla di più comune che il vedere la sifilide costituzionale tener dietro all' ulcero semplice; e nessuno ancora sorse a sostener l' opinione della scuola di *Ricord*, combattendo la opposta di quelli che la rifiutano. Arrogi che le donne, nelle quali è raro che l' ulcero diventi indurato, non sono per questo con minor frequenza degli uomini travagliate da sifilide consecutiva.

Supponendo, per un momento, che fosse vera la legge sudetta, non cesserebbe ciò nullameno di reggere lo sperimento di *Diday*. In molti suoi inoculati l' età degli ulceri al momento dell' inoculazione non era di più di tre settimane, e nella metà circa di essi gli ulceri erano molto più recenti. Per conseguenza avrebber potuto indurarsi ancora, perchè d' ordinario l' indurimento non comincia che a quest' epoca, e spesso più tardi. Se dunque essi ulceri rimaser semplici durante la loro ulteriore evoluzione, dimanda *Diday* se non sarebbe fondato il sostenere che codesto è dovuto alla virtù della praticata inoculazione? Preservando dalla sifilide costituzionale, la inoculazione doveva necessariamente impedire l'indurimento, il quale non è altro fuorchè un fenomeno costituzionale.

Obbiezione quinta. È vero che è passato un certo tempo senza che in questi inoculati siano comparsi sintomi costituzionali: ma non ci ha nulla che assicuri che essi saranno preservati perpetuamente; potendo ben darsi che la sifilide, la quale esce fuori dopo anni di sicurezza, scoppii allora appunto quando gli inoculati si credono preservati.

Risposta. Diday comincia dal far osservare che nella suespo sta proposizione ci ha qualche cosa, ma appena qualche cosa, di vero; dovendosi comprendere entro limiti assai brevi la possibilità della comparsa della sifilide dopo molti anni di calma perfetta. Ci ha fatti che la proverebber vera, ma essi vanno ogni dì più scemando, mano mano che si esaminano con scrupolo e con diligenza. È probabile che i fatti di lunga incubazione narrati dagli antichi spettino agli accidenti terziarii, il cui precedente anello (la fase secondaria) passò inosservato così al malato come al medico. In realtà non si vede quasi mai manifestarsi i primi sintomi della sifilide costituzionale sei mesi dopo dell' ulcero primitivo, e d'ordinario essi compaiono nelle prime sei settimane dopo di esso. I sifiliografi di ogni tempo e di ogni paese, che *Diday* ebbe cura di consultare, e che cita con le loro proprie parole (*Hunter*, *Nisbeth*, *Vaccà Berlinghieri*, *Ricord*, ecc.), sono d'accordo su codesto argomento. Applicando siffatti risultamenti alle esperienze di *Diday*, risulta: *a*) nessuno di questi inoculati ha preso mercurio, nè fu sottoposto a trattamento antisifilitico generale; *b*) alla ommissione di siffatto trattamento, che avrebbe dovuto accelerare la comparsa dei fenomeni costituzionali, se avesser dovuto nascere, aggiungasi gli eccessi di ogni maniera, i bruschi e molteplici cambiamenti di condizioni igieniche cui furono esposti essi inoculati, dopo usciti dall'ospedale, in forza delle commozioni politiche di Lione; *c*) osservisi che il termine di *sei* mesi indicato dai diversi Autori non segna già un limite *medio* ma *l'estremo* limite per la comparsa dei fenomeni secondarii: la media per gli inoculati di *Diday* sarebbe tra sei settimane e due mesi; ora, *c*) gli inoculati venner visitati e trovati sani per lungo tempo e dopo un termine che rappresenta, cifra media per ciascuno di essi, OTTO MESI E VENT' UNO GIORNI dopo la comparsa dell' accidente primitivo.

Sesta obbiezione. Ammettendo pure che que' quindici individui siano per essere perpetuamente sicuri dalla sifilide costituzionale, non potrebbe darsi che essi appartenessero a quelli che sono naturalmente predestinati a non esser affetti da sintomi costituzionali dopo l' ulcero avuto. Nulla dunque proverebbe che abbiano riportata la loro immunità dai sintomi consecutivi per virtù della praticata inoculazione.

Diday ammette la giustezza di questa obbiezione, ed egli stesso ne sentì fin da principio tutta la importanza, potendo ben darsi che questi 15 ammalati siano per azzardo sfuggiti alla sifilide costituzionale. Il numero è troppo piccolo perchè in su d' essi si appoggi una conchiusione dottrinale. D' altra parte però è giusto ammettere che siffatti risultamenti sono per lo meno incoraggianti, poichè, mentre dimostrano la innocuità del metodo, ne fanno in pari tempo presentire la efficacia (1).

---

(1) *Non possiamo trattenerci dal pregare il sig.* Diday *a risolvere un dubbio che ci è sorto meditando sulla sua Memoria. Esso non ha relazione col suo principio generale, ma è affatto esclusivo al valore che attribuisce alle risultanze delle inoculazioni per lui praticate. Questo dubbio lo denominiamo*

Obbiezione settima. — *Nella esposizione sommaria dello stato attuale degli ammalati sui quali venner tentate le inoculazioni non abbiamo trovato cenno del metodo di cura adoperato al primo comparire della forma sifilitica primitiva. È bensì detto che non ci fu in nessuno sifilide costituzionale prima della attuale, ma non è soggiunto a qual metodo di cura la forma primitiva attuale sia stata sottoposta, prima che l' ammalato servisse all' esperimento della inoculazione: non potendo noi supporre che nulla siasi praticato, trattandosi di ulceri primitivi, molti dei quali, all' atto dello esperimento, datavano da più di 20 giorni, altri da 40 giorni, e uno perfino da due mesi.*

La mancanza di questa notizia ne impedisce dal valutare come conviene l' esito delle inoculazioni di che si tratta.

Di fatti, se al primo comparire dell' ulcero venne praticata su di esso la cauterizzazione, cioè a dire se l' ulcero, ancora aperto all' atto della inoculazione, è stato trattato nei suoi primordii colla cauterizzazione, la quale distrugge in luogo il virus, e tronca così i germi alla infezione generale; troveremmo in questo fatto terapeutico una ragione dell' esito felice delle esperienze di Diday. *Codesto trattamento fatto in tempo utile noi accogioneremmo della immunità successiva dai sintomi co-*

L'A. consiglia quindi a ritornare su queste esperienze e a moltiplicarle, raccomandando la riprova specialmente ai chirurghi

---

stituzionali, piuttosto che la inoculazione profilatica per lui praticata.

Noi abbiamo avuto centinaja di volte *occasione di confermare la virtù, che ha questo trattamento degli ulceri primitivi, di troncare il corso allo svolgimento successivo dei sintomi secondarj della sifilide: ed ecco come. — Alcuni anni sono avemmo la opportunità di fare studj comparativi, sotto questo riguardo, e sulle sifilitiche prostitute, soggette a periodiche visite di ufficio, e i cui ulceri appena comparsi erano trattati colla cauterizzazione topica; e sulle sifilitiche di ogni classe e condizione, non soggette a visita d'ufficio, e che quindi avevan non curati o trascurati i primordii della malattia, nè cercato ajuto medico fuorchè a corso molto avanzato dell'ulcero primitivo. Da questi studj comparativi ci è chiaramente risultato: che nelle sifilitiche libere, le quali non avevan curato l'ulcero nei suoi primordii, e non erano state sottoposte a cura che avesse distrutti in tempo utile i germi della infezione sifilitica,* frequenti volte *si sviluppavano i sintomi secondarii della sifilide costituzionale; e che, per contrario,* quasi mai *vedevansi sintomi costituzionali nelle prostitute sifilitiche, le quali, per esser soggette a visita periodica, e quindi sottoposte in tempo utile alla cura cauterizzante degli ulceri primitivi, venivano risparmiate dalla infezione costituzionale. I rarissimi casi di sifilide costituzionale che si osservarono fra queste ultime riguardavano* quasi costantemente *quelle donne che avevano avuto ulceri primitivi in tempi addietro, quando non erano ancora comprese fra le sottoposte alla visita medica periodica, e allora avevano per conseguenza lasciato avanzare l'ulcero fino a produrre la infezione generale.*

Queste osservazioni furono da noi fatte su ampia sfera, e trovano ogni giorno maggiore conferma.

Or bene, chi avesse fatto prova della inoculazione di Diday *sulle prostitute sunnominate, avrebbe ottenuti senza dubbio risultamenti favorevoli alla proposta del medico di Lione: ma questi avrebbero appoggiata la inoculazione preservativa della sifilide*

militari i quali sono nelle migliori condizioni per iscoprire sul principio l' ulcero primitivo, per seguire le fasi della evoluzione sifilitica per mesi e anni successivi, e per indi constatare sicuramente lo stato di salute dei singoli inoculati anche nelle lontane trasmutazioni di luogo alle quali il loro servizio li costringe. Raccomanda indi le precauzioni da aversi in queste prove che sia terziaria la sifilide di chi somministrerà il sangue, in attualità di dolori osteocopi, e affatto sottratto alla influenza medicamentosa; e che il sangue si estragga dai tegumenti corrispondenti alla lesione ossea. Riguardo agli inoculandi, che l'ulcero di essi non sia uscito da gran tempo, nè sia indurato; nei quali casi potrebbe esser già avvenuta la infezione dalla quale si vuole preservare: che non si calcolino come sfavorevoli all' operazione gli accidenti secondarii che comparissero immediatamente dopo la inoculazione, come quelli che potevan esser già prima in corso: e finalmente che si separino, nel caso di accidenti secondarii, quelli che possono derivare da una recidiva di sifilide costituzionale antica preesistente all' operazione, oppure da qualche nuova contaminazione primitiva, da qualche ulcero contratto posteriormente al giorno della inoculazione.

V. *Condizione di applicazione, valore ed estensione del metodo.* — L' inoculazione non guarentisce, come si è veduto, dai sintomi primitivi: i moralisti che annoverano la sifilide tra le pene inflitte al libertino, si rassicurino che la inoculazione non arriva a toglierli. La inoculazione di *Diday* fatta a tempo può prevenire sè e la propria famiglia e la società dalle disastrose incalcolabili conseguenze che consecutivamente essa trae seco, apportando danno così al colpevole come all' innocente.

Una dimanda capitale, sebbene laterale, sorse in mente. Co-

---

costituzionale, o non piuttosto la virtù della cauterizzazione dell'ulcero nei suoi primordii ad impedire la generale infezione?

Rinnoviamo dunque preghiera al sig. Diday *di voler sciogliere siffatto nostro dubbio, e di volerci ragguagliare intorno al trattamento stato adoperato sopra quelli ammalati prima che venisser sottoposti alla sua inoculazione riuscita finora sì felicemente.* (La Redazione degli Annali).

desta inoculazione si limiterà ad impedire la generazione della sifilide consecutiva a quell'ulcero venereo ai primordii del quale essa si è praticata; oppure guarantirà l'individuo per tutta la vita dagli accidenti consecutivi, neutralizzando la capacità all'infezione, qualunque sia il numero degli ulceri contratti dopo? — Se così avvenisse, bisognerebbe inoculare alla maniera di *Diday* tutti i bambini o i giovinetti sebbene non abbiano ulceri, e senza aspettare che si contraggano; come si pratica su d'essi la vaccinazione prima che si espongano al contagio vajuoloso. — Ma a ciò non si risponde che con la pratica. *Diday* ebbe a vedere che in tre dei suoi inoculati, i quali hanno contratto nuovi ulceri primitivi per rapporti sessuali, non sono comparsi accidenti secondarii, sebbene all'epoca in cui scriveva fosser decorsi già tre mesi e mezzo circa, per ciascuno, dalla comparsa dell'ulcero.

L'Autore si preoccupa già del modo di organizzare un sistema di inoculazione per la clientela civile e per gli ospedali. Ma di questo ci sembra intempestivo parlarne.

Se poi la esperienza non riuscisse col sangue del sifilitico terziario, l'Autore consiglierebbe di sperimentare altri umori del sifilitico, e volgersi per altra via finchè si riesca ad imprimere nell'organismo dell'inoculato una diatesi, in sostituzione alla sifilide costituzionale, e vi prenda sede. Consiglia pertanto di incominciare coll'inoculazione del sangue che esce pungendo con una lancetta la base della macchia di roseola secondaria; quel sangue secondario che trasmette la sifilide dalla madre infetta al proprio feto: al modo stesso che *Home* e *Lebel* hanno col sangue trasmesso la roseola e il giavardo al sano.

Nel caso non riuscisce nemmeno questa prova col sangue secondario, l'Autore dimanda se sarebbe permesso di tentare, a scopo profilatico, la inoculazione del pus e del siero prodotto dagli accidenti secondarii? — Malgrado le esperienze di *Hunter* e di *Ricord* che stabilirebbero la innocuità di siffatte inoculazioni, non bisogna porre da un lato i risultamenti contrarii ottenuti da *Wallace*, i quali sebbene in iscarso numero, sono pur positivi, e scuotono alquanto la base della teoria appoggiata sui fatti negativi; e quindi bisogna andar cauti con queste riprove.

Si potrebbe eziandio cercare a che cosa riuscirebbe la inocu-

lazione degli umori presi da lesioni dei sifilitici congeniti, o quella del sangue di un neonato sifilitico per fatto dei genitori.

Si potrebbe tentare eziandio se la inoculazione del pus dell' ulcero o del pus secondario fatta sugli animali non fosse capace di modificare e la natura e la facoltà di questo umore, in guisa da poterlo in seguito utilizzare allo scopo preservativo qui proposto. *Sunderbund* e *Neumann* hanno ottenuto un pus vaccino profilattico del vajuolo, inoculando il virus vajuo oso nelle vacche. Il lettore faccia l'applicazione al caso nostro.

Di tal modo il dottor *Diday* ha esposto le molte vie a battersi per isciogliere il problema di *limitare la sifilide ai suoi accidenti locali*; e termina raccomandando di continuare le prove stesse, di ripeterle e di svariarle per riuscire a questo importantissimo fine; persuaso com'è che siffatti principii non divengono verità se non sono sostenuti da migliaia di fatti concordi. Egli attende dal tempo la sanzione di essi, e chiude la sua Scrittura dicendo, con *Newton*, di aver raccolte alcune pietruzze sulla sponda lasciando avanti a sè un oceano da esplorare. (*Gazette médicale de Paris*, numeri 39 e 40, del 1849).

Dell' acetato di piombo, usato nel trattamento di alcune affezioni dell' occhio, secondo il metodo del dott. Buys; *nota letta all' Accademia di medicina del Belgio, nella seduta del* 16 *giugno* 1849, *dal dott.* Florent Cunier, *chirurgo in capo dell' Istituto oftalmico provinciale del Brabante, ecc., a Bruxelles.*

L'Autore della presente nota in un suo *Rapporto al governatore del Brabante* (1) espose le minutissime ricerche sull' ottal-

---

(1) *Questo rapporto fu stampato sotto il titolo: « Recherches statistiques sur la nature et les causes des maladies oculaires observées en Belgique, et en particulier dans la province du Brabant »; rapporto diretto al sig.* Liedts, *governatore del Brabante, ecc. — Bruxelles, 1847, in-8.°, pag. 332.*

mia granulosa state intraprese dagli ufficiali di sanità. Queste accurate indagini guidarono al ritrovamento di un metodo completo di cura, il quale consiste nella cauterizzazione operata col nitrato d'argento fuso, metodo che valse a far argine ai guasti che tale morbo facea all'armata.

Però l'ora accennato metodo incontrò molte obbiezioni, delle quali alcune assai forti e pur troppo giuste. Infatti gli accidenti provocati da una intempestiva o mal praticata applicazione sono sempre gravi; inoltre questa cauterizzazione è dolorosissima. — Per ovviare a tali inconvenienti, l'Autore propose di eseguire la cauterizzazione usando il nitrato d'argento in soluzione, ed applicandolo mercè un pennello. Ma l'azione troppo lenta ed incerta della soluzione suddetta fecero sì, che, messo in disparte quest'ultimo metodo, convenne ritornare al primiero.

Ora il nuovo modo di trattamento sul quale versa il presente scritto, offre contemporaneamente tutti quei vantaggi che si hanno dalla cauterizzazione col nitrato d'argento.

Già da lungo tempo il dott. *Buys* adoperava con buon successo l'acetato di piombo in polvere nella cura delle ragadi, della balanite, ecc., e fu così guidato ad estenderne l'uso anche alle granulazioni. Tale scoperta fu in allora annunciata dal dott. *Cunier* nei suoi « Annali d'oculistica » (Vol. XX, p. 157). — Ecco il modo di procedere praticato in quel tempo dal dott. *Buys*. Egli prendeva dell'acetato di piombo neutro ridotto in polvere impalpabile, e con una piccola spatola ne deponeva uno straterello sulla congiuntiva granulosa. Ciò fatto, egli strisciava un pennello intinto prima nell'olio sulla porzione di mucosa così rivestita.

Si fecero degli sperimenti in proposito dal dott. *David*, medico di reggimento; ma i risultati da lui ottenuti furono sì poco soddisfacenti, da condannare un tal metodo all'obblio. Ciò malgrado, il dottor *Buys* non desisteva dal curare con prospero successo i proprj malati, usando il sale di saturno, ed attribuiva gli infruttuosi tentativi fatti dal dott. *David* al non essersi egli esattamente attenuto al suo metodo.

Il dott. *Buys* comunicava di buon grado il processo da lui seguito a chiunque ne lo richiedesse; ma non era sua intenzione di renderlo di pubblica ragione colle stampe. In questo

frattempo il sig. *Vleminckx*, ispettore generale del servizio sanitario dell'armata, diramò agli ufficiali sanitarj una circolare, colla quale, accennando ad alcuni tristi accidenti provocati dal nitrato d'argento male adoperato, esso li invitò a prendere in esame un lavoro recentemente pubblicato dal dott. *Hairion* negli « Annali d'oculistica » (Vol. XX, pag. 67, 83 e 93), ed a porne in discussione le più essenziali proposizioni.

In tale stato di cose il dott. *Buys* dovette alfine pronunciarsi. Egli propose di ammettere nell'ospedale da lui diretto un dato numero di malati affetti da granulazioni, dei quali metà verrebbe trattata secondo il metodo di *Hairion*, l'altra metà coll'applicazione dell'acetato di piombo. Il sig. *Vleminckx* vi acconsentì. I risultati furono questi: nei pazienti curati col processo del dott. *Buys* la guarigione fu pronta; all'incontro i pazienti cauterizzati col nitrato d'argento in soluzione, stanchi di rimanere nell'ospedale e di soffrire, e testimonj dei felici successi ottenuti coll'altro metodo, usarono ogni sorta di astuzie per poter passare sotto la cura del dott. *Buys*.

Qui seguono le storie di due soldati, i quali dopo essere stati trattati a lungo ed inutilmente col nitrato d'argento in soluzione, avvalorato eziandio dall'uso di rimedii svariatissimi interni ed esterni, vennero dipoi perfettamente guariti dal dottor *Buys* mediante l'applicazione dell'acetato di piombo.

Rincorati da sì felici risultamenti, il dott. *Cunier* e il di lui collega, dott. *Henrotay*, tolsero a ripeterne i tentativi, seguendo scrupolosamente il processo usato dal dott. *Buys*. Al dott. *Cunier* poi non tardò molto a presentarsi una solenne occasione per dimostrare la piena sua fiducia in tal rimedio. Mentre egli esaminava un occhio colpito da ottalmia contagiosa allo stato subacuto, del muco-pus proveniente da quest' occhio sprizzò tra le sue palpebre. Le precauzioni da lui prese furono affatto inutili; una violenta ottalmia s'era sviluppata. L'acetato di piombo lo guarì in uno spazio di tempo di gran lunga minore di quello che si sarebbe potuto credere.

Ecco la descrizione del metodo usato presentemente dal dott. *Buys*:

Egli adopera l'acetato di piombo neutro, chimicamente assaggiato, e ridotto in polvere impalpabile. — Si prende un pen-

nello da miniatura, simile a quelli che si impiegano ordinariamente nell'applicazione dei caustici liquidi, e lo si bagna nell'acqua, affinchè possa caricarsi di polvere plumbica. Per rivestire tutta intera la superficie d'una palpebra occorre da un grano ad uno e mezzo di acetato di piombo. — Se è da applicare in basso, il paziente dee guardare in alto, mentre l'operatore abbassa la palpebra inferiore, appunto come si pratica nella cauterizzazione. Allora l'acetato di piombo, di cui è carico il pennello, viene uniformemente deposto su tutta la superficie della congiuntiva, la cui condizione vuolsi migliorare. — Ciò fatto, mantiensi arrovesciata la palpebra fino a che le lagrime abbian disciolto il sale di Saturno. Se qualche porzioncella di sale trovasi in eccesso, la si leva col pennello. — Per applicare l'acetato di piombo in alto, si arrovescia la palpebra, e si ricopre col sale la porzione malata della congiuntiva. In questo caso la dissoluzione ha luogo più lentamente; l'umidità fornita dalla mucosa è per l'ordinario insufficiente, e conviene in allora toccar la polvere col pennello imbevuto delle lagrime, che si raccolgono negli angoli. — Sciolto che sia l'acetato di piombo nelle lagrime, e penetrato ch'egli abbia nel tessuto, questo si vede incresparsi, contrarsi fortemente; spesso sopraggiunge anche una specie di efflorescenza sanguigna, massime alla palpebra superiore. Il fenomeno però più importante si è questo, che scompajono le granulazioni (quando offrano solo un volume medio) e le loro solcature, quando ne esistano; la membrana apparisce levigata ed unita, finchè rimane tesa ed esposta all'aria. L'aspetto bianco splendente, che il piombo le imprime, non si appalesa, in genere, se non dopo ritornata la palpebra al suo posto. — Quando le granulazioni sono d'un volume considerevole, ed allorchè la congiuntiva presenta delle solcature assai profonde, non si giunge a render levigata la membrana subito dopo la prima applicazione, ma solamente dopo la seconda o la terza.

Il contatto dell'acetato di piombo colla mucosa palpebrale provoca una sensazione distintissima di costrizione e di bruciore. Questa svanisce presto, per riprodursi dappoi nel momento, in cui la palpebra vien rimessa in posto; allora ha luogo uno scolo di lagrime bianche, brucianti, il quale cessa nello

spazio da qualche secondo a due o tre minuti, di rado più lungo; dopo di che l'occhio si può tenere aperto. Se la palpebra toccata è la superiore, scompare quella sensazione come di arena (permanente o riproducentesi ad intervalli) originata dalle ineguaglianze della mucosa; la parte non risente che uno stupore, e talvolta scola di quando in quando qualche lagrima calda per lo spazio di una o due ore. Se poi quella toccata fu la palpebra inferiore, l'incomodo si prolunga per qualche ora, lo stupore è più forte, dura maggior tempo, e ad intervalli si associa al senso di bruciore percepito nel momento dell'applicazione.

Non havvi reazione da parte dell'occhio. Se trattasi di granulazioni indolenti, la leggera injezione della congiuntiva dell'occhio, che sopraggiunge, si dissipa tosto; se all'incontro la congiuntiva è injettata, se esiste vascolarità della cornea, si può riconoscere in poche ore una diminuzione evidentissima nel calibro e nel numero dei vasi.

La prima applicazione è sempre seguita dallo sviluppo d'un certo grado di tumidezza, e talvolta anche da edema delle palpebre; dopo 24 o 48 ore il tutto scompare. La risoluzione di questo stato si può sollecitare d'assai la mercè di compresse imbevute d'acqua del *Goulard* canforata, o, meglio ancora, usando compresse asciutte, soffregate con canfora. Il dott. *Cunier* suol fare lo stesso, allorquando all'applicazione del sale di piombo conseguita una troppo viva persistenza del bruciore o del dolore.

Condé, medico di reggimento, in un suo articolo inserito negli « Annali d'oculistica » (1) dimostrò il vantaggio dell'operare per prime le palpebre superiori. Il dott. *Buys* si attiene a questo precetto, ormai generalmente adottato. Egli comincia ordinariamente a deporre l'acetato di piombo sulla superficie alterata delle due palpebre superiori; talvolta non tocca nel pri-

---

(1) *Volume XXI, pag. 3, gennajo 1849. — Il lavoro del dottor* Condé *porta il titolo: « Mémoire sur l'anatomie de la conjonctive, au point de vue de ses altérations pathologiques et de leur traitement ». Questa Memoria fu riprodotta negli « Archives de médecine militare », Vol. III, pag. 165.*

mo giorno che una sola palpebra. Due o tre giorni dopo tocca le palpebre inferiori. Trascorso qualche dì, egli va in traccia di quelle porzioni granulose di congiuntiva, e specialmente negli angoli, le quali sono sfuggite all' applicazione, e le tocca immediatamente.

Non convien ripetere l' operazione se non quando siano già scomparse le tracce della prima, o per lo meno siano di molto scemate. Questa scomparsa è altrettanto più pronta, quanto più l' affezione è acuta, o quanto più è abbondante lo scolo delle lagrime.

Il sale di saturno impiega talora lungo tempo a distaccarsi; alcuni pazienti trattati del dott. *Buys* nel 1838-39 e 40, ne conservano tuttora le tracce.

Ma a quale epoca dunque, e dietro la scorta di quali indizii potrassi giudicare perfettamente guarita l' affezione granulosa? — Ecco quanto dice il dott. *Buys* in proposito: « A capo di un certo tempo l' aspetto bianco della mucosa cessa d' essere omogeneo; per opera della eliminazione progressiva del sale, di cui fu saturata, non si discerne che qualche striscia più o meno estesa, presentando qua e là una specie di macchiettatura polverulenta. Ora, nei punti in cui si è operata l' eliminazione completa, si può riconoscere distintamente l' integrità della congiuntiva ricondotta allo stato normale, e per analogia giudicare compiuta la guarigione, la quale però obbiettivamente non si potrà dire ottenuta, se non dopo la totale scomparsa dell' acetato di piombo. Se adunque in uno spazio di tempo abbastanza lungo (a mò d' esempio un mese, sei settimane) cessò la secrezione della mucosa, se le granulazioni sono svanite, se la congiuntiva ha ripreso la sua levigatezza, e non offre più tracce della malattia, tranne quelle dovute alla presenza del sale di piombo, si può in allora considerare il paziente come al tutto guarito ».

Egli è dunque provato ad evidenza, che questo metodo ha sopra l' altro della cauterizzazione il vantaggio di restituire alla mucosa alterata le sue condizioni fisiologiche, invece di distruggerla sostituendovi un tessuto di nuove formazioni; la guarigione ha luogo in uno spazio di tempo minore della metà, e spesso anche di tre quarti di quello che impiega la cauterizzazione; oltre di che riesce meno tormentoso pel paziente.

Si potrebbe opporre, che in caso di ulcerazione della cornea non si dovrà adoperare l'acetato di piombo, poichè altrimenti si produrrebbero incrostazioni su questa membrana. Ma gli sperimenti del dott. *Cunier* proverebbero il contrario; egli cita cinque casi da lui trattati coll'acetato di piombo, senza che sia avvenuta incrostazione; che anzi fu accelerata la cicatrizzazione dell'ulcera.

Vengono qui unitamente esposte dall'Autore nove storie concernenti diversi casi, ne' quali tutti esistevano granulazioni più o meno forti sulla congiuntiva delle palpebre. Il metodo di cura del dott. *Buys* corrispose perfettamente in questi all'espettazione; la mercè di esso la guarigione compiuta di tutti si ebbe in uno spazio di tempo tra le due ore e i 24 giorni; il numero delle applicazioni variò a seconda dei diversi casi e del grado di loro gravezza.

Queste osservazioni si riferiscono all'*ottalmia* così detta *militare* o *contagiosa* nello stadio cronico. Non possiamo pronunciare alcun giudizio su questa ottalmia nello stadio acuto, giacchè non ci si presentò l'opportunità di adoperare l'istesso metodo anche in questo stadio. Puossi però asserire, che il trattamento del dott. *Buys* produsse risultati soddisfacenti eziandio in un caso di ottalmia gonorroica, non esclusi alcuni altri di ottalmia catarrale e di ottalmia scrofolosa. Di queste due ultime specie l'Autore cita alcuni casi di perfetta guarigione.

Dal fin qui esposto chiaro emerge, che questo sale di piombo potrà per lo meno essere sostituito in moltissimi casi al nitrato d'argento. Potrassi eziandio usare come mezzo *abortivo* in tutte quelle infiammazioni nelle quali viene raccomandata l'applicazione della pietra infernale. D'altra parte gli effetti ipostenizzanti sul sistema sanguigno e sul sistema nervoso dell'occhio, che sono dovuti all'acetato di piombo in collirio, aumentano d'intensità e di prontezza d'azione quando questo sale venga deposto metodicamente sulla congiuntiva palpebrale. (*Gazette médicale de Paris.*, *N.i 29 e 30 del 1849*).

Dell'uso del carbone vegetabile nelle affezioni gastro-intestinali; del dott. Bellod. — L'uso istintivo che fanno di questa sostanza le clorotiche ha portato alcuni pratici a sperimentarla in

certe malattie nervose del tubo digerente. Ad onta dei lavori di questi pratici, parecchi dei quali rimarchevoli, e fra gli altri le considerazioni sull'uso del carbone in medicina, pubblicate nel 1803 da *Brachet*, il suo uso in terapeutica si riduce a ben poca cosa, e una gran parte delle opere di materia medica non ne fanno neppure menzione. Il lavoro che *Bellod* ha pubblicato nel « Giornale di medicina » di *Bordeaux* fa conoscere che questa dimenticanza è ingiusta, e che tale sostanza può rendere dei segnalati servigi. — Non però tutti i carboni hanno la medesima efficacia. *Martino Roland* preconizzava quello di tiglio; secondo *Bellod*, il carbone di pioppo, come lo aveva già indicato *Brachet*, dà i migliori risultati. Volendo poi ottenerne un medicamento di azione sicura, bisogna, secondo *Bellod*, far uso del legno tagliato all' epoca che la pianta va in succhio. I rami, spogliati della scorza, si collocano quindi in vasi ben chiusi, che si fanno scaldare a rosso-bianco; se ne ottiene pertanto un carbone assai leggiero, che si colloca in vasi pieni d'acqua per tre o quattro giorni, avendo cura di cambiarla più volte; si fa seccare, e prima che sia secco del tutto si riduce in polvere. Il miglior modo di amministrazione è la polvere resa umida coll'acqua fresca ben pura. È rimarchevole che questa polvere, tanto spiacevole ai malati a tutta prima, produce, pochi istanti appresso, un sapore aggradevole, aumenta la secrezione salivale, eccita l'appetito, agevola la digestione. Questi effetti fisiologici sono costanti, dice *Bellod*, e si manifestano pure nei casi di affezioni nervose, anche le più inveterate. Eccone un esempio. — La signora D. era di una magrezza spaventevole da dieci anni; aveva perduto l'appetito, provava una ripugnanza invincibile per la carne, e non viveva che di alimenti aciduli o aromatizzati. Continuamente costipata, soffriva cefalalgia accompagnata a vertigini. Dopo un piccolo passeggio lagnavasi di difficoltà di respiro, e spesso di palpitazione; i dolori di stomaco si manifestavano principalmente dopo il pasto. Tale era lo stato dell'ammalata allorchè *Bellod* gli prescrisse il carbone, alla dose di quattro cucchiaj al giorno, uno prima di ogni pasto, e l' altro subito dopo. L' appettito non tardò molto a farsi sentire, e la signora D. potè allora gustare le carni per le quali aveva dapprima molta ripugnanza; potè anche prendere un po'

di vino. L'ammalata continuò per un mese l'uso di questo medicamento; la costipazione cessò in breve, la nutrizione si fece buona, acquistò i bei colori, e ingrassò. — A questo primo esempio di gastralgia sintomatica della clorosi, guarita prontamente con alimenti tonici, aggiungeremo l'osservazione seguente, nella quale i dolori di stomaco si manifestarono a dirittura, con una specie di orgasmo, accompagnato da crisi nervose violenti. Una fanciulla era affetta da gastro-enteralgia, aggravatasi da quattro mesi a tale, che non osava più cibarsi di alimenti solidi, tanta era la gagliardia dei dolori, e viveva soltanto di latticini. « Chiamato a visitarla, dice *Bellod*, e assicuratomi del suo stato, gli feci prendere una cucchiajata di polvere di carbone, dopo di che la persuasi a mangiare una costerella di castrato e un poco di pollo. Fu una vera sorpresa per l'ammalata il vedere ch' ella digeriva bene questi alimenti che da tanto tempo non poteva prendere senza provare grandissimi patimenti! La digestione si compì in pochi istanti e quasi per incanto. Continuò quindi a far uso di questo medicamento, e mangiò sempre con appetito, digerì facilmente, e non risentì più dolori di stomaco ». — Ecco un terzo caso che farà conoscere meglio l'efficacia di questo rimedio. M. B., officiale di cavalleria, soffriva da molto tempo di gastro-enteralgia. In seguito a forti impressioni morali, il suo stato si aggravò, complicandosi con fenomeni nervosi; il singhiozzo e le lagrime le venivano involontariamente; il suo stato era penoso a vedersi. I bagni, i calmanti, gli oppiati, il ghiaccio, i ferruginosi, tutto era riuscito infruttuoso. Egli non volle far uso del carbone, per il quale aveva ripugnanza. Un giorno, travagliato più del solito, tutto piangente si recò da *Bellod*, e gli manifestò che i dolori erano così veementi ch' egli era disposto di prendere tutto ciò che gli avrebbe prescritto. *Bellod* gli fece inghiottire all' istante una buona cucchiajata di polvere di carbone. L'ammalato fu sorpreso di non scorgervi alcun sapore disaggradevole; acconsentì di prenderne subito due altri cucchiaj che passarono benissimo; ma fu ben più maravigliato quando, pochi minuti dopo, provò una calma e un benessere che non aveva mai gustato da molto tempo; e continuando nell'uso di questa sostanza non tardò a ristabilirsi in salute. — Questi fatti bastano per dimostrare il van-

taggio che se ne può ricavare nelle malattie nervose del tubo digerente. Le prime prese di polvere di carbone si daranno sempre a piccolissime dosi, e miste agli alimenti. Questo medicamento non si dovrà mai amministrare nelle affezioni infiammatorie o nei casi di lesioni organiche dello stomaco o degli intestini, accompagnate da febbre. Il carbone di pioppo ha sempre dato i risultati i più costanti, giova qui ripeterlo; la sua dose varia dalli due alli sei cucchiaj al giorno, prima o dopo il pasto. Noi preconizziamo il carbone, dice *Bellod*, nelle gravezze di stomaco dopo il pasto, nelle emicranie dipendenti da digestioni laboriose, nella melanconia, nell'ipocondria, nella gastralgia, nell'enteralgia, ecc. Quando questo rimedio non guarisce prontamente la malattia, diminuisce però l'irritabilità dello stomaco, calma i dolori, fa cessare le nausee, il vomito, guarisce la dispepsia, la cardialgia, e particolarmente la pirosi. Questi risultati erano già stati segnalati dal celebre *Champan*. Aggiungeremo finalmente che il carbone è stato esperimentato da *Brachet*, e con buon successo, in alcune diarree ribelli. (*Bullet. gèn. de thérapeutique, février 1849*).

Riflessioni sull' uso delle sottrazioni di sangue nella cura delle malattie mentali; del dott. J.-J. Sauvet, *già medico interno dell' ospizio di Bicêtre e del pubblico manicomio di Fains.* (Estratto).

> *Quanti maniaci i quali, non avendo perduto sangue, guarirono: e quanti altri, salassati, rimasero incurabili.* Pinel.

Il salasso è senza dubbio il più eroico dei mezzi terapeutici che la medicina possegga e venne adoperato dai medici di tutti i luoghi, per non dire anche di tutti i tempi. Ma i luminosi successi ottenuti coll'opportuno e moderato uso di esso, trassero ad abusarne a segno, che si potrebbe con ragione dubitare se le sottrazioni di sangue, quali si praticano oggidì, arrechino maggior bene o maggior male. Locchè, se di frequenti accade nella pratica delle malattie ordinarie, si può applicare con tutta esat-

tezza alle alienazioni mentali. Anche a dì nostri comunemente si crede che ai pazzi innanzi tutto convenga trarre sangue. E buon per loro, se questi infelici non cadono nelle mani di qualche medico imbevuto di idee umoristiche mal comprese e peggio applicate, il quale interpretando la agitazione maniaca come prova di circolazione troppo attiva, e che deve essere moderata ad ogni costo, ripeta salassi l'un sopra l'altro fino a produrre la sincope. Si è appunto dietro cotali mal augurate cure che la pazzia frequentemente assume forme più gravi od incurabili e che nei casi meno sfortunuti la convalescenza non può mai raggiungere la guarigione perfetta. Animato da cotali riflessioni il dott. *Sauvet* stese la presente Memoria senza alcuna pretesa di farla da maestro, e unicamente col puro desiderio di richiamare l'attenzione dei proprii colleghi su questo mezzo terapeutico che può nella pazzia o rendere i più segnalati servigi od arrecare le più fatali conseguenze, secondo che è bene o male adoperato. E siccome questo abuso delle sottrazioni di sangue nella cura delle malattie mentali non è un privilegio esclusivo alla patria del dott. *Sauvet*, ma ha le sue radici profonde ed estese anche altrove, così si è creduto opportuno il porgere qui un estratto di quella Memoria che dovrebbe essere un buon antidoto contro il succennato abuso.

L'Autore tratta i seguenti quattro punti di questione in altrettanti distinti capitoli:

1.° Dell'uso del salasso dai più remoti tempi insino agli attuali.

2.° La pazzia è per sè stessa una indicazione del salasso?

3.° Quali sono le vere indicazioni del salasso nella pazzia?

4.° Dell'abuso del salasso e de' suoi risultati.

I. *Dell'uso del salasso fino ai nostri giorni.* — Assai prima che si scoprisse il magistero della circolazione del sangue, già adoperavasi il salasso nella cura delle vesanie, porgendo così l'empirismo alla medicina un mezzo terapeutico la di cui efficacia veniva più tardi dimostrata dalla scienza. Nei primissimi tempi dell'arte medica però i pazzi si avevano in conto di gente invasata dagli spiriti, e lungi dal subire veruna cura medica venivano sottoposti a cerimonie religiose. *Ippocrate* pel primo, emancipandosi da queste fole, si fece a indagare nella natura

le cause dei fenomeni naturali, e la bile e la pituita gli valsero a spiegare il delirio che venne da lui combattuto coll' elleboro bianco o nero, secondo che esso era gaio o triste. Non era quella per anco la verità, ma quello almeno era il cammino buono a raggiungerla. *Areteo* subito fuorviava, facendo rivivere la teoria degli spiriti, e riconoscendo nell' aria, *spiritus*, la causa di tutte le malattie. Egli però ammetteva nei visceri la sede della mania e della melanconia, e preconizzando il salasso in queste malattie serbava la più commendevole moderazione. Poco dopo, *Galeno* fondava la scuola umoristica che ebbe tanta voga e la quale per la cura delle malattie mentali tutta confidavasi nel salasso, facendone un estremo abuso. Agli umoristi succedevano i medici solidisti, e *Celio Aureliano*, che ne fu il capo-setta, il quale dovunque non vedeva che gli effetti del *laxum* o del *constrictum* fatalmente giudicò che le vesanie fossero malattie per costrizione e perciò bisognose dei salassi. Come è noto, la medicina ondeggiò sempre più o meno tra queste due teorie, e i poveri pazzi rimasero senza interruzione or dall' una or dall' altra condannati al disanguamento, in sino a che sorse *Pinel* ad inculcare ai medici la sobrietà di quel sangue che per l' addietro sciupavasi tanto spensieratamente. E non è maraviglia che, disgustato come egli era di quell' estremo abuso, sii incorso in una parsimonia dei salassi che quasi tocca alla avarizia. Gli illustri allievi della scuola di *Pinel*, i quali con così brillante successo sostennero e diffusero in Francia la medicina delle malattie mentali, conservarono la maggiore moderazione nell'uso del salasso. E sebbene in tempi recentissimi *Broussais* altamente si lamentasse che i medici alienisti fossero troppo avari del sangue dei loro ammalati, quelli serbaronsi tuttavia fedeli alla intrapresa riforma. Ma pur troppo le loro idee terapeutiche non vennero accolte o conosciute da tutti gli altri medici, molti dei quali continuarono ligi alla antica opinione che autorizzava le profuse cacciate di sangue nella cura della pazzia.

II. *La pazzia è per sè stessa una indicazione del salasso?* — Tal problema si potrebbe sciogliere agevolmente quando fosse conosciuta la intima natura della pazzia, ma pur troppo questa serbasi tuttora avvolta di tenebre. I manigrafi non riescirono a rimovere quel velo, e però tutti scansano con ogni studio di

definire la natura della pazzia, adoperando in proposito le perifrasi più vaghe e indeterminate. Queste difficoltà non sbigottirono *Broussais*. che credette di spianare ogni cosa coll' attribuire la pazzia ad irritazione del sistema nervoso, per la cura della quale doveasi ricorrere ad una terapia pretta antiflogistica, alle sottrazioni di sangue. E senza dubbio le idee terapeutiche di *Broussais*, consuonano coi principii patologici che egli professa, ma questi principii sono in armonia coi fatti? Se diamo uno sguardo alla grande famiglia dei pazzi, davvero molti di questi dimostrano idee più rapide dell'ordinario, sensi più perspicaci, la respirazione e la circolazione più attive, inesauribile la loquacità, estrema la agitazione, insomma un corredo di sintomi che potrebbero far credere ad un processo irritativo dei loro centri nervosi. Ma d'altra parte quanto grande è il numero dei pazzi, le di cui idee sono lente o ben anche nulle, con ottusi i sensi, debolissime la circolazione e la respirazione, invincibili la mutezza e l'immobilità! Se, al dire di *Broussais*, l'irritazione consiste nell' essere la irritabilità e la sensibilità dei tessuti viventi portate a un grado superiore di quello che loro si compete nello stato fisiologico, come supporre che esista irritazione in questi individui nei quali la irritabilità e la sensibilità sono tanto indebolite, per non dire affatto soppresse, in questi individui nei quali sembra che appena sopravviva la vita vegetativa della pianta? Del resto sebbene nel primo genere dei pazzi vi abbiano dei sintomi irritativi, non per questo si dovrà in così fatte forme di pazzia ricorrere indistintamente alle sottrazioni di sangue. Non di rado la irritazione manifestasi in seguito alla anemia. È nota la irritabilità stragrande e perfino maniaca delle figlie clorotiche, delle puerpere che soffersero copiose metrorragie, e dei convalescenti di altre malattie diuturne e accompagnate da profuse perdite di umori vitali che d'assai indebolirono l'organismo.

Eppure così fatti individui si guariscono non già col dissanguarli, ma sibbene ridonando al loro sangue, mercè i rimedii tonici, le proprietà stimolanti che aveva perduto; perchè è quella una irritazione affatto parziale, essendo la irritabilità e la sensibilità aumentate unicamente nel sistema nervoso, il quale diviene sempre più irritabile, mano mano che si indeboliscono

gli altri sistemi organici. Per rimanere conseguente alla teoria di *Broussais* converrebbe ripetere i salassi fino alla scomparsa dei sintomi irritativi, e siccome questi aumenterebbero invece a misura che il sangue perderebbe le sue qualità, così le forze del malato presto si esaurirebbero.

Da tutto il suesposto facilmente emerge che essendo comprese nella gran classe della pazzia molte forme morbose svariatissime e risultanti di sintomi i più opposti, sarebbe assurdo l'applicare indistintamente a tutti i casi di pazzia un unico rimedio, il salasso. Ed emerge in pari tempo che questo non si conviene neppure a tutte le forme di pazzia che sono corredate di sintomi irritativi; richiedendosi spesso in così fatti casi una cura tonica, analettica.

III. *Quali sono nelle malattie mentali le vere indicazioni del salasso?* — Per determinare la cura che si conviene nella pazzia è d'uopo aver riguardo non solo al delirio, ma anche ai fenomeni fisici che lo accompagnano. E per quanto riguarda il salasso si può sulle generali stabilire che nella pazzia il delirio per sè solo, fosse pure un furore maniaco, non autorizza al salasso, venendo qnesto indicato unicamente dai disordini delle funzioni fisiche dell'alienato. Alla qual regola però non mancano le eccezioni. Così è che praticasi vantaggiosamente il salasso, sebbene vi abbi la più florida salute fisica nei pazzi che si risentono dei mutamenti delle stagioni, nei dementi paralitici presi da congestione cerebrale, negli individui pletorici caduti di fresco nella mania, poichè a periodo avanzato le sottrazioni di sangue affretterebbero la demenza. Così alcune maniache robuste e sanguigne divengono, all'epoca della menstruazione, più inquiete ed iraconde del solito, provando benanche delle tendenze all'omicidio ed al suicidio: un piccolo salasso basta talora ad aquietarle e a dissipare quelle loro tristi idee. Se non che di leggieri si comprende che anche in tutti questi casi il salasso torna utile in quanto previene il disordine delle funzioni fisiche, che immancabilmente accadrebbe, qualora si abbandonassero a sè le cose.

Allorquando la pazzia è complicata da disordine delle funzioni fisiche, questo od è accidentale e indipendente dal delirio, oppure è in simpatica relazione con esso lui e nel reciproco

rapporto di causa e di effetto. Senza dubbio le malattie accidentali dei pazzi si hanno a curare coi salassi se le sono di indole infiammatoria: converrà però aver riguardo che i salassi non influiscano malamente sul delirio, rendendolo più grave e cronico. D'altra parte sarà d'uopo rammentarsi che la pazzia imprime un proprio marchio alle altre malattie che accidentalmente le si aggiungono. Non è raro infatti che nei pazzi si vedano scoppiare d'improvviso, e nel loro più alto grado, malattie le quali negli altri individui sono precedute da parecchi sintomi precursori: e alla autossia si rimane attonito ritrovando lesioni gravi e di antica data là dove, durante la vita, sospettavasi appena uno stato patologico. Ogni qualvolta poi il disordine delle funzioni fisiche è in relazione col delirio e si suppone che ne sia la causa, allora si dovrà curarlo senza nessun riguardo alla pazzia, ricorrendo ai salassi quando infiammatoria si fosse l'indole di quei disordini.

Qui l'Autore appunta alcuni di questi particolari casi, i quali per la loro rarità non furono abbastanza contemplati per l'addietro, ed avvalora le proprie osservazioni con esempi da lui visti nel manicomio di Fains.

Certe affezioni lente del cervello inducono un graduale indebolimento delle facoltà intellettuali, e a poco a poco uno stato di vera demenza. Soventi in questi casi si manifestano sintomi di pletora al capo; il volto è acceso, gli occhi turgidi e brillanti, sono facili gli stordimenti e le allucinazioni, le arterie temporali e le carotidi battono con forza, mentre i polsi al carpo sono nè frequenti nè rialzati, avvi prostrazione delle forze generali, e per lo più anche intolleranza del ventricolo. Senza dubbio il cervello trovasi in preda ad un processo di rammollimento. Se la malattia è ancora sull'esordire le sottrazioni di sangue locali e tutti gli altri mezzi della terapia derivativa possono dissipare quel nembo; ma questi ammalati da principio non fanno gran caso dei loro incomodi e mandano pel medico assai tardi, quando, essendo avanzato il rammollimento cerebrale, i salassi affretterebbero a precipizio quell'esito. A quest'epoca conviene restringersi a qualche rara e parca sottrazione sanguigna, fatta localmente al capo od allo stomaco, dove prevalgono i sintomi congestivi.

Le affezioni del cuore ed in special modo la ipertrofia sono soventi volte causa della pazzia e soprattutto della mania. In questi casi è mirabile l' effetto delle sottrazioni di sangue adoperate opportunamente e con moderazione. Qui l'Autore ne riferisce due:

Stefano, giovane soldato e antico calzolajo, già da 4 anni ogni volta che si dii alla corsa o ad esercizii faticosi, risente delle palpitazioni di cuore. Due anni or sono, quella palpitazione cresce d' improvviso e subito la sera di quel giorno scoppia un accesso di delirio con furore. Trasportato all' ospitale gli si pratica un salasso al braccio: quella sera si calma il furore, e il dì seguente si dissipa affatto il delirio. Di lì a qualche tempo, in seguito a disordini di bere, torna da capo una forte palpitazione che è subito susseguita dal delirio furioso, e quindi dalla guarigione dopo un salasso dal braccio ed un sanguisugio alla regione precordiale.

Augusto, giovane calzolajo, preso da lipemania con allucinazioni viene rapidamente guarito da un salasso. In seguito è assalito da un nuovo accesso e condotto all' ospizio di Fains: quivi gli si applica un sanguisugio alla regione del cuore, locchè gli arreca della calma; ma lo stato generale toglie di proseguire con nuove sottrazioni di sangue.

In proposito di quest' ultimo caso l' Autore fa alcune riflessioni sulla facilità di scambiare per sanguigno un temperamento che non lo è: errore che potrebbe influire sinistramente sulle indicazioni terapeutiche. E per vero vi hanno degli individui, la di cui cute bianca e fine colorasi facilmente degli organi sottoposti, e il di cui tessuto cellulare sottocutaneo, abbondando di adipe, presta ai contorni della persona una apparenza di obesità che potrebbe far supporre una robusta e pletorica costituzione là dove ve ne ha una floscia e linfatica che malissimo reggerebbe alle sottrazioni sanguigne.

Non è inutile il rammentare che i due esempii summentovati convalidano l' osservazione fatta che ne' calzolai l' abitudine di premere contro la regione precordiale le forme di legno delle scarpe li predispone alla ipertrofia del cuore e delle sue appendici. Locchè deve tenerci avvertiti di informarsi in consimiglianti casi se la pazzia venne preceduta dalla ipertrofia del cuore o di qualche vase maggiore.

L'epatite può provocare un accesso di pazzia, e le sottrazioni di sangue tornano utilissime, massime nel principio del male e se avvi complicata l' infiammazione di qualche altro viscere, come intervenne in

M . . . che preso di epatite e consecutivamente a questa anche da intensa cefalalgia, ebbe un primo accesso di mania con tendenza all' omicidio: la applicazione di alcune sanguisughe alla regione del fegato valse a ritornarlo in calma tra brevi giorni.

Le lesioni del tubo digerente sono dagli Autori segnalate come frequentiseima causa di pazzia, e perciò l'Autore limitasi a riferirne un esempio.

Battista, operaio, va soggetto a coliche con violenta diarrea che sono tosto susseguite da mania e tendenza all'omicidio. Alcune sanguisughe applicate alle fosse iliache valgono a dissipare ogni sintomo morboso.

Utero. È evidentissima l' influenza che l' utero spiega sulle facoltà intelettuali ed affettive. E chi non conosce il cambiamento che il carattere morale subisce nelle donne all' epoca della menstruazione, della gravidanza, del puerperio? Non è quindi da meravigliarsi se i disordini delle funzioni uterine, e specialmente della menstruazione, precedono così di soventi la pazzia.

Ecco un caso, nel quale le sottrazioni sanguigne corrisposero egregiamente:

A Margherita, di 18 anni, sanguigna, menstruata per due anni regolarmente, un anno fa non comparve la menstruazione e subito sviluppossi un accesso maniaco di tre o quattro giorni, coincidente appunto cnll' epoca menstruale. D' allora in poi, ogni mese a quella medesima epoca rinnovasi il delirio il quale cede applicando alcune sanguisughe alla regione superiore delle coscie od ai malleoli. Negli intervalli la ragione è quasi perfetta.

Ed ecco un altro caso, nel quale le sottrazioni di sangue avrebbero dovuto egualmente corrispondere, se lo stato generale non ne avesse controindicato l' uso:

Giannetta, di 48 anni, celibe, ebbe sempre la menstruazione regolarissima. Questa si sospese quattro mesi or sono, e subito a quell' epoca si manifestò un accesso di lipemania con allucinazioni. Essendo l' ammalata quasi anemica, non si potè ricorrere alle sottrazioni di sangue.

Anche le altre perdite periodiche, come sarebbero il flusso emorroidale, quando alla sua sospensione tenghi dietro la pazzia, possono indicare l'uso delle sottrazioni di sangue.

IV. *Dell' abuso del salasso e de' suoi risultati.* — Tracciando la storia del salasso, si vide quanto siasi, fino dai primi tempi della medicina, abusato di questo mezzo terapeutico nelle cure delle malattie mentali, abuso che non è totalmente estinto oggidì in onta della temperanza addottata dai medici alienisti dopo la riforma di *Pinel.* A porre poi in chiaro le conseguenze di quell' abuso non sarà innopportuno il richiamare, che nello stato di pletora aumentano in copia i principii stimolanti del sangue, nella anemia invece scarseggiano più dell' usato, senza che però nell' uno o nell' altro stato si accresca o scemi la massa del sangue. Mano mano che i salassi o le emorragie sperdono di questo fluido, l' assorbimento linfatico e venoso va riparando a quelle perdite col versare nel torrente della circolazione nuovi fluidi i quali essendo sierosi e poco animalizzati han d' uopo di una ulteriore e lunga elaborazione per raggiungere le ordinarie qualità del sangue. Per il qual modo, sebbene venghi coll' opera dell' assorbimento reintegrata la quantità del sangue perduto, ne scapitano però le di lui qualità, rimanendo esso più o meno lungamente povero di principii stimolanti. Premesse queste massime generali, la dimostrazione delle quali noi dobbiam in special modo ai preziosi lavori di *Andral*, e che ormai sono da tutti assentite, di leggieri si comprende che, praticando il salasso a tempo opportuno e con moderazione, si viene a temperare la irritabilità nervosa col diminuire lo stimolo capìto negli elementi del sangue. E per la stessa ragione i salassi eseguiti fuori di proposito, a tumulto, a precipizio devono indurre uno sfinimento generale, e così togliere all'ammalato quella forza di reazione che è necessaria per guarire. E si è appunto allora che le malattie mentali acute passano alla cronicità ed alla incurabilità assoluta. *Pinel* riferisce parecchi casi di mania che per l' abuso dei salassi passarono all' idiotismo, allo stupore. Nè mancano gli esempii di maniaci, i quali godevano del resto una vigorosa salute, e che sottoposti a generose sottrazioni di sangue, in breve morirono inaspettatamente durante un accesso di mania. *Foderè* riferisce di un parrucchiere maniaco che salas-

sato tre volte in tre giorni, moriva il quinto dì della malattia, e di un operaio che dopo sei salassi moriva il quarto giorno della mania: entrambi godevano di una salute fisica floridissima. È notorio il caso riferito da *Esquirol* di quel fanatico Broussesiano che sebbene di una salute fiorente, salassavasi di tempo in tempo, e che venne preso da paralisi parziale e da delirio passeggiero cho presto divenne permanente, durante il quale delirio avendogli *Esquirol* accordato un piccolo salassetto, egli di soppiatto sciolse il bendaggio e lasciò sgorgare sangue fino al deliquio: al deliquio subito susseguirono la cecità completa, la demenza e la paralisi generale. Lo stesso *Esquirol* osservò più volte, che in seguito agli eccessivi salassi la tristezza passava alla mania, e questa alla demenza.

Qui l'Autore compie l'articolo corredandolo di alcune storie di casi da lui visti nel manicomio di Fains, nei quali spiccano chiaramente le tristi conseguenze dell'abuso dei salassi.

Alessandro, di 41 anni, bottaio, cade in un raffreddatoio di birra che sviluppa acido carbonico. Nell'agosto dell'anno susseguente vien preso da delirio generale acuto con agitazione: lo si incatena, gli si pratica un gran numero di generosi salassi, lo si sottopone a bagni prolungati e a severa dieta. In capo a due mesi viene trasportato nel manicomio e già in preda alla paralisi generale. Notisi che la pazzia non era ereditaria in famiglia, che il paziente era sempre stato regolare nelle sue abitudini e sanissimo, che insomma vi erano tali elementi da far sperare una guarigione, se quella spropositata cura non avesse addotto un così miserevole fine.

Pietro, di 36 anni, prova un primo accesso di mania, lo si salassa copiosamente ed egli precipita nella demenza e nella paralisi generale.

Antonio, di 52 anni, possidente, di una salute prospera, in seguito alla lettura di libri superiori alla sua intelligenza cade in un delirio generale acuto. Viene salassato ripetutamente e sempre in larga copia. In capo a quindici giorni lo si manda al manicomio in uno stato di agitazione e di pronunciata anemia, rimarcandosi un turbamento nella circolazione. Quivi l'ammalato a poco a poco diviene calmo, triste, taciturno, solitario e cade nel sopore. L'etere ad alta dose gli ritorna un poco di

vigore; ma presto ricompare il delirio che passa alla cronicità.

Luigi, di costituzione pletorica, attivissimo e soggetto a congestioni per curare le quali si abusò dei salassi, cade in una monomania ambiziosa: sotto l'uso dei salassi sopraggiungono le allucinazioni, la paralisi generale, sebbene persistano tuttora delle apparenze di pletora.

Giovanni, di 70 anni, antico doganiere, di alta statura e di costituzione pletorica, concepisce l'idea di fare il contrabbando in grande. Questa idea diviene fissa in lui, e presto si trasmuta in un leggier delirio con agitazione. In 15 giorni gli si applicano 95 sanguisughe e gli si fanno due salassi di 500 grammi ciascuno. L'ammalato diviene furioso e lo si trasporta al manicomio. Quivi si calma, ma pare per dissimulazione; è in uno stato di avanzatissima anemia: tutto fa inclinare ad un cattivo pronostico.

Infine ecco un ultimo caso, nel quale i salassi sebbene fatti a proposito e con moderazione, non mancarono di provocare sinistre conseguenze.

A Maria, di 26 anni, celibe, menstruata regolarmente e dedita a pratiche religiose, d'improvviso e senza alcuna causa apprezzabile si sospende la menstruazione, ed ella cade in un delirio religioso. Il medico attribuendo il delirio alla scomparsa dei menstrui e d'altra parte non trovando alcuna contraddizione, le pratica un salasso derivativo, e in seguito a questo il delirio diviene intensissimo.

Riassumendo in breve le conseguenze finali di tutto il suesposto risulta: che le sottrazioni di sangue vennero nella cura della pazzia impiegate con mano troppo larga e a tempo innoportuno, abuso che non è cessato in tutto nemmeno oggidì; — che la pazzia per sè sola non richiede mai il salasso; — che nella pazzia le funzioni organiche possono alterarsi in modo da indicare il salasso; — che anche in cotali casi possono darsi molte controindicazioni alle sottrazioni di sangue; — infine che l'abuso od anche l'uso innopportuno dei salassi può trarre seco le più fatali conseguenze: considerazioni tutte che persuadono dello scrupolo grande che si deve mettere nell'usare questo mezzo terapeutico nella cura delle alienazioni mentali. (*Annales medico-psychologiques, septembre 1848*).

Studii sulla paralisi generale progressiva; del dott. L. Lunier. — La paralisi generale degli alienati è una malattia interessantissima pei sintomi che presenta, e pel modo con cui si sviluppa, non che per quanto v'è di recente nella sua storia; poichè non è molto che l' attenzione dei medici alienisti si è rivolta a questo soggetto. Il dott. *Lunier* ha quindi ben meritato collo scrivere sulla paralisi generale. Un soggetto pressocchè nuovo è sempre una ricca miniera a cui attingere.

Il dott. *Lunier* incomincia dall' annunciare i risultati ch' egli si propone di stabilire dietro osservazioni o sue proprie o tolte da Autori accreditati. Ecco in che consistono. La paralisi presenta casi numerosissimi negli ospizii d' alienati, e non è poco frequente negli ospizii ordinarii. I paralitici degli stabilimenti aperti per ogni classe di malattie, in nulla differiscono da quelli che si vedono negli stabilimenti d' alienazione mentale. Le lesioni presentate dai paralitici non meritano il nome di pazzia di disordine intellettuale, ma esse consistono nell'indebolimento o abolizione dell' esercizio normale del pensiero, e al tempo stesso nell' indebolimento più o meno considerevole della motilità e della sensibilità. La paralisi generale costituisce, insomma, una malattia che si deve separare dalla pazzia al modo stesso che l' epilessia dall' isterismo. — Onde appoggiare queste proposizioni d' una dimostrazione solida, l'Autore le fa seguire da una serie d' osservazioni ch' egli classifica in tre categorie. Nella prima, colloca quelle in cui la paralisi si è sviluppata senza aver mostrato nè prima nè durante il suo regno il menomo segno di alienazione o di demenza. Nella seconda, quelli in cui la paralisi non ebbe per segno precursore niun disordine nell' esercizio della mente; ma che fu seguita da indebolimento delle facoltà, vale a dire da demenza. Nella terza, l' alienazione ha la parte più sagliente nello stato paralitico; essa precede, accompagna e termina la paralisi sotto tutte le forme svariate della mania, della monomania e dell' abolizione dell' attività intellettuale.

Noi non ci faremo ad esaminare ad una ad una tutte le osservazioni del dott. *Lunier*, ed a pesarle per dare a ciascuna il suo valore. Questo giovane medico, non ha guari addetto agli ospedali, e intento a seguire la sua carriera d' osservatore in

uno stabilimento privato ove vi ha un gran movimento di ammalati, deve avere analizzato con lucidità lo stato dei paralitici, ed essersi informato con ogni premura dei fenomeni che avevano accompagnato la loro lesione. Noi non ne dubitiamo menomamente. Ma se egli ha applicato alla paralisi generale una denominazione giustissima, adottando l' epiteto di progressiva datale dal dott. *Requin*, non ha forse veduto in modo così irreprensibile circa a qualcuna delle sue condizioni. Perchè, per esempio, voler separare la paralisi particolare agli alienati, dalla pazzia presa nel suo significato il più generale? Meditando, e rendendosi conto dell' intervento del sistema nervoso nella pazzia, dell' esaurimento che deve risultarne in questo sistema dopo i sovraeccitamenti o i disordini della sensibilità, si deve dire o almeno pensare che v' è un genere di paralisi che tiene strettamente all' alienazione, e che non si mostra senza lasciare scorgere qualche sconcerto nell' esercizio dell' intelligenza. Il dottor *Lunier* dice che ciò può non esistere; egli cita ad appoggio della sua opinione dei fatti che mostrano chiaramente che la paralisi si è sviluppata, rimanendo isolata da ogni complicazione con un segno qualunque di pazzia. Spiace il dirlo, ma ciò potrebbe essere inesatto. Abbisogna sovente di molta penetrazione per discoprire in alcuni paralitici il principio di uno sconcerto nell' intelligenza. Divengono loquaci, pajono e sono realmente sovreccitati; ma ai giorni nostri la sovraeccitazione è talmente nelle condizioni della vita, che può non calcolarsi come uno sconcerto della mente. Di più, persone affette da questi sconcerti nascenti possono comprenderli abbastanza per cercare di celarli a tutti, ed avere tanta forza e rispetto di sè medesimi per riuscirvi. Ciò deve verificarsi nelle persone di mondo, che sono quelle precisamente in cui più sovente osservasi la paralisi generale. In questi casi, il medico potrà credere, dietro i rapporti, che il paralitico non sia stato affetto da sconcerto intellettuale; eppure il malato ne avrà sentito in sè stesso i sintomi. È probabile che casi simili si siano dati molte volte, e che abbiano prodotto errori gravi assai, non già nel giudizio della malattia, ma nella esatta analisi di tutte le sue fasi.

Così, per noi, esisterebbe una paralisi tutta particolare alla pazzia, e che le apparterrebbe in modo affatto speciale. Che la

paralisi, da qualunque causa provenga, abbia sempre per effetti delle lesioni più o meno gravi nella sensibilità e nella motilità, non è questa una ragione per assegnarle una natura una e indivisibile. Le angine hanno per sede la stessa regione, e le parti stesse della mucosa : ma v' è assai distanza dalle infiammazioni propriamente dette di questa tonaca, a quelle difteriti ed altre affezioni cotennose di cui si conoscono i caratteri ed i pericoli. Non conviene adunque, pare a noi, affrettarsi a posare degli assiomi prima d' esser giunti a pienamente impadronirsi della storia d' una malattia osservata recentemente, e che non ha ancora dato luogo che ad una sola opera, quella del dott. *Calmeil*, e a delle osservazioni sparse. Un giorno forse verrà in cui il sintomo differenziale sia nettamente definito.

Il dott. *Lunier* conta ora fra gli osservatori che hanno apportato buoni materiali per una storia della paralisi generale. È questo un titolo che merita considerazione. (*Ivi*, *1849*).

Della compressione arteriosa nelle infiammazioni delle estremità ; del dott. Henroz. — L' idea della compressione arteriosa, come mezzo per combattere le infiammazioni degli arti, è stata preconizzata recentemente dal dottor *Henroz*, di Marche, il quale assicura d' essere giunto, con questo mezzo, a sospendere istantaneamente il dolore, e a produrre in poco tempo la risoluzione nelle parti infiammate. L'Autore si serve, a questo scopo, o di un tourniquet di *J. L. Petit*, o di un piccolo apparecchio di sua invenzione, che può essere fabbricato sul momento.

Desso si compone di due assicelle di legno qualunque, larghe da 5 a 7 centimetri, lunghe da 20 a 30, secondo il volume dell' arto sul quale si deve esercitare la compressione. Ciascun angolo di queste assicelle ha un foro. Ve n'ha quindi quattro in ogni assicella. Si introduce per ogni apertura di una delle assicelle l'estremità di un pezzo di spago, lungo un centimetro circa, in modo che distendendo la cordicella, i capi abbiano la medesima lunghezza. Si fanno passare di nuovo i due capi nei fori che corrispondono alla medesima estremità dell' assicella rimasta libera. La parte dell' arto corrispondente all' arteria che si vuol comprimere è impegnata fra i due piccoli pezzi di le-

gno. Si allaccia allora con un nodo a rosetta, in modo che lo spago, disteso, formi un pò meno del diametro da comprimere. Risulta da questa disposizione un allontanamento più o meno pronunciato delle estremità delle assicelle opposte al laccio. Nelle aperture rimaste ancora libere, si introduce un altro spago della medesima lunghezza del precedente e nell' istesso modo detto di sopra. Coll' avvicinamento di queste estremità, e mediante una conveniente tensione, si determina quel grado di pressione necessario per stiacciare il tubo arterioso. Questa pressione, che si può calcolare meglio che col mezzo di una vite, deve essere notabilmente men forte per sospendere il corso del sangue di quello che non si crede comunemente.

In vece dei fori alle estremità, le assicelle potrebbero avere soltanto dei piccoli incavi laterali che servano a mantenere la cordicina e a impedirgli di scorrere. Si guarnisce la parte media delle assicelle di alcuni giri di fascia per renderne più sopportabile la pressione.

L' apparecchio, così collocato, rappresenta assai bene l'azione che produrrebbero due mani le quali agissero a piatto in senso opposto sul diametro di un arto. Si può aumentare l' azione dell' istromento frapponendo nello spazio che lasciano fra di loro le corde, un piccolo pezzo di legno, precisamente nell' istessa maniera con che i falegnami distendono le loro seghe. Un piccolo traverso appoggiato sulle assicelle gli impedisce di torcersi.

Henroz si è servito due volte con buon successo di questo mezzo; una volta sopra sè stesso in un caso di patereccio, e un' altra per un flemmone esteso alla mano, che datava da otto giorni. In ambedue i casi, egli ebbe ricorso alla compressione dell' arteria brachiale; in quello del flemmone diffuso, i dolori cessarono sull' istante; e la risoluzione si compì in meno di 36 ore. — *Michaux*, incaricato dall'Accademia di medicina del Belgio di fare un rapporto sul processo di *Henroz*, ne volle fare egli stesso l' esperienza; egli ha tentato due volte la compressione dell' arteria brachiale in casi d' infiammazione della mano; la prima volta per un patereccio: il dolore diminuì, ma si determinò la suppurazione; la seconda volta, per un principio di flemmone diffuso alla mano: anche in questo caso il do-

lore diminuì. Ma in entrambi sopraggiunse un accidente che non si era presentato in quelli di *Henroz*. Tutta la parte dell'arto al di sotto del punto affetto si gonfiò notabilmente, e diventò livida e fredda, per modo da far temere imminente la gangrena. Tuttavia, la possibilità di questi accidenti, era già stata preveduta da *Henroz*, poichè, all'intento di prevenirli e di combatterli, consiglia di sospendere di tempo in tempo la compressione per alcuni minuti.

Il processo di *Henroz* merita di essere registrato, ma avvi ancora una questione indecisa la di cui soluzione non è indifferente per l'applicazione regolare e sicura di questo processo; si tratterebbe di sapere se si debba effettivamente alla compressione dell'arteria o alla compressione del nervo corrispondente, oppure finalmente alla compressione simultanea dell'uno e dell'altro la cessazione istantanea del dolore e la risoluzione consecutiva dell'ingorgo. La compressione avendo avuto luogo tanto nei casi citati da *Henroz*, quanto in quelli riportati da *Michaux*, sopra arterie costeggiate da nervi che vanno ad attivare le parti malate, è impossibile conchiudere da questi fatti se sia la compressione dell'arteria o quella del nervo che ha prodotto i risultati constatati. Siffatta questione non verrà probabilmente risolta, come fa osservare *Longet*, se non applicando il metodo di *Henroz* al trattamento di una dermatite grave o di un antrace dell'avambraccio; poichè, allora comprimendo l'arteria brachiale non si comprimerebbero i nervi musculocutanei, e si avrebbe così, dietro il risultato, la certezza se la guarigione si debba o no attribuire alla compressione dell'arteria. (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*).

Stato chimico dell' iodio nelle piante marine e in molti altri prodotti naturali; *del dott.* Dorvault. — In un lavoro letto all'Accademia delle scienze di Parigi egli crede aver risolto la questione, che interessa ad un tempo la terapeutica, la chimica e la industria manufatturiera, vale a dire, in quale stato si trovi l'iodio nelle alghe, nelle acque di mare, e nelle acque minerali dette jodurate.

Varia è l'opinione dei chimici su questo punto: secondo alcuni, l'iodio, nelle produzioni marine, sarebbe allo stato d'io-

duro di sodio; secondo altri a quello d' ioduro di potassio, di calcio, di magnesia, od anche d' ioduro di tutti questi metalli insieme; e secondo alcuni altri, l' iodio non sarebbe combinato con alcun metallo, ma farebbe parte della tessitura organica dei vegetabili o degli animali marini o di una sostanza proteica di questi esseri.

Dietro parecchie ricerche sperimentali, *Dorvault* è venuto alle seguenti conclusioni:

« Dal complesso di questo lavoro, dice egli, ci crediamo autorizzati a conchiudere che nelle piante marine, e in generale in tutti i prodotti naturali in cui si trovano sali metallici, *l'iodio è allo stato d' ioduro di potassio.*

« Ma non è, d'altronde, a questa medesima conclusione che avrebbe condotto un' interpretazione razionale della teoria? Il cloro e il bromo scacciano, è vero, l' iodio dalle sue combinazioni metalliche, e in particolare da quella col potassio, quando l'uno o l'altro di questi due corpi vien messo a contatto coll'ioduro; però, ciò succede con restrizione. In fatti, *Jacquelain* ha dimostrato che l'iodio in eccesso, e sotto l'azione del calore, il scaccerebbe entrambi. Questo chimico ha inoltre proposto un processo per ottenere l'ioduro potassico, chimicamente puro, fondato su questa proprietà. Ma se, invece di un miscuglio, per esempio, di cloro, d'iodio e di potassio, si suppone un miscuglio di molti *halos* e *ossisali* di potassio e di sodio, fra i quali dei cloruri, dei bromuri, degli joduri, ecc., non è egli ragionevole l'ammettere che l'iodio, in ragione della sua poca affinità per il sodio, e benchè meno elettro-negativo del cloro e del bromo, prevalerà in faccia al potassio su questi due corpi, la di cui affinità è egualmente energica tanto per l'uno quanto per l'altro metallo; in altri termini, che, nel caso nostro, i corpi sono sotto la forma chimica la più stabile ch'essi mai possano formare?

« Aggiungeremo, come ultimo corollario, che non è nei talassiofiti che questi fatti si compiono; codesti prodotti salini vengono loro forniti già formati dall'acqua del mare, dalla quale essi li attingono per il bisogno della loro vegetazione; dalla quale acqua, per una specie d'affinità elettiva dipendente da una azione vitale, essi estraggono a loro profitto il composto iodico, precisamente come i crostacei e i polipi coralligeni la spogliano an-

ch'essi, pei bisogni della loro organizzazione della maggior parte della calce che le trasportano continuamente i fiumi. Egli è per questa singolare facoltà dei talassiofiti di operare la concentrazione dell'iodio nella loro economia, ch'essi ne sono così ricchi, mentre l' acqua del mare che glielo fornisce ne è per sè stessa povera, poichè, presa nelle condizioni le più favorevoli, ne contiene meno di un millionesimo; l'iodio in fatti, meno ancora del potassio che gli è associato, non potrebbe provenire dalla roccia secca su cui crescono queste piante, poiche l'analisi non arriverebbe a scoprirvi questo metalloide; e d'altronde non è più in oggi ammissibile l'ipotesi, emessa nei primi tempi della scoperta dell'iodio, che questo corpo sia il prodotto di una elaborazione organica qualunque ». (« *Comptes-rendus de l'Academie des sciences* », *séance du 15 janvier 1849*).

Così, da questa nozione generale è dimostrato che l'acqua del mare, le acque minerali, in una parola quasi tutte le sostanze iodate che hanno nei loro materiali de' sali potassici, contengono l'iodio allo stato d' ioduro di potassio.

The History, Diagnosis and Treatment, etc. — *Intorno alla storia, alla diagnosi e alla cura delle febbri negli Stati-Uniti d' America; Trattato di* Eliseo Bartlett, *professore di medicina teorica e pratica nell'Università di Transilvania.* — *Filadelfia*, 1847. *Un Vol. di pag.* 534 *in* 8.º

Quest' opera, stesa in uno stile chiaro e disinvolto, non può certamente che aumentare di molto il lustro delle scienze mediche in America.

L'Autore divide il suo soggetto in quattro parti. Nella prima egli studia la febbre tifoidea; nella seconda il tifo; nella terza le febbri periodiche, nelle quali include l' intermittente, la biliosa, la remittente e le varietà congestive; nell' ultima la febbre gialla.

La descrizione della febbre tifoidea è accurata al sommo, e minuziosa; questa è in fatti la febbre, dirò così, del suo pae-

se, ed ha formato per ben venti anni il costante oggetto delle sue osservazioni. Più di venti pagine sono consacrate alla precisa esposizione dei sintomi della malattia; noi citeremo per saggio il passo seguente:

« *Eruzioni cutanee.* — L'eruzione più frequente e caratteristica sopra la pelle consiste in quella cui fu dato il nome di *macchia rosea lenticolare.* Questa infatti è così comune nella febbre tifoidea, e si può così di raro rinvenire in altre malattie, che ricevette la denominazione di *eruzione tifoidea.* Essa consiste, non già in una pappula, sibbene in una semplice macchia, leggiermente rilevata sovra la pelle circostante, non sempre, ma in genere sensibile al tatto, poco più, poco meno della periferia d'una testa di spillo, di un rosso vivo, o piuttosto di un color di rosa. Appena la pelle sii tesa, o sia compressa colle dita, la macchia subito scompare, per ritornare all'istante appena levata la pressione.

« Havvi fondamento per credere che tale eruzione sia una fedele compagna della febbre tifoidea. È vero che su 36 casi di esito infausto, *Louis* riuscì a ritrovarla solo in ventisei; così nell'ospedale del Massachusetts, il dottor *Jackson* durante gli anni 1833, 1834 e 1835 non rinvenne le macchie rosee che in due terzi dei pazienti: è però molto probabile che nella più parte di questi casi l'eruzione non sia stata traveduta, o che almeno fosse scomparsa pria che i pazienti venissero sotto la cura dei rispettivi medici. Tutti i casi gravi che vennero ricuperati a salute da *Louis*, tre soli eccettuatine, e tutti poi i casi d'indole mite, nessuno escluso, palesarono siffatta eruzione. Il dottor *Hale* su 197 infermi trovò le macchie rosee in 177, notando di più che la più parte degli altri venti non era stata esaminata con troppa accuratezza ».

Togliamo il brano seguente dal capitolo che versa sulle lesioni anatomiche:

« *Intestina tenui.* — In tutti quanti i casi di febbre tifoidea esiste una lesione delle intestina tenui, lesione tutta particolare, che non rinviensi in alcun'altra malattia. In genere copre molta estensione. Trattandosi di una lesione che costituisce il carattere, e che forma quindi il più importante e interessante elemento patologico della febbre tifoidea, io mi farò a descriverla con tutta la possibile precisione.

« Tale lesione invariabile e caratteristica consiste in alterazioni, varie qualche volta nei varii casi, delle *piastre elittiche*, o delle *glandole del Peyer*. La condizione nella quale siffatti corpi ponno rinvenirsi differisce, e secondo la durata della malattia, e secondo la distanza delle piastre stesse dalla valvola ileo-cecale, e dietro altre circostanze delle quali ancora è sconosciuta la natura. Senza voler entrare in una minuta analisi delle sue diverse forme, la quale d'altronde si può rinvenire nei lavori originali di *Louis* e di *Chomel*, io qui mi farò ad enumerarne le varietà principali e più marcate.

« In una tenue proporzione di casi, consistente in quelli che hanno una pronta terminazione, trovansi le ghiandole pejeriane, in un col sottostante tessuto cellulare, meramente aumentate in ispessore, con rossore ed ammollimento. Questo aumento di spessore è tale che gli orli delle piastre elevansi sino a due o tre linee al di sopra della circostante membrana mucosa. Qualche volta l'ipertrofia delle piastre e del tessuto sottostante è semplice affatto, rimanendo per niente alterati il colore e la consistenza della rimanente membrana. Così questa semplicissima forma della lesione, come tutte le altre che sono più complesse, trovasi invariabilmente più sviluppata alla estremità inferiore dell'ileo. A misura poi che si va discendendo lungo il canale intestinale dopo la valvola ileo-cecale, ogni piastra va palesandosi alterata meno profondamente, sinchè si giunge a quelle che conservano la loro condizione naturale. Vario molto è il numero delle piastre che subirono tale guasto; talune volte giungono alle 15 o 20, tal' altra si limitano ad uno o due, sempre però nell'immediata vicinanza della valvola ileo-cecale. *Louis* asserisce che il numero delle piastre più o meno lese, in due terzi dei casi, varia dalle 20 alle 40.

« La superficie delle piastre inspessite offre sovente un aspetto granuloso o minutamente mammillare, proveniente da un rigonfiamento degli orifici grigiastri delle cripte, che concorrono a formare le piastre. Tale condizione si fa ancor più manifesta appena la glandola venga staccata dal tessuto sottoposto, e sperata fra l'occhio e la luce. Altre volte quella superficie della membrana inspessita, che corrisponde alle piastre, è affatto liscia e levigata.

« In un gran numero di casi le piastre in luogo di essere meramente inspessite, con o senza rossore e ammollimento, diventano, in estensione maggiore o minore, la sede di ulcerazioni, che variano al sommo in numero e in dimensione. Non di rado accade, per esempio, che procedendo nel nostro esame dalla parte superiore all'inbasso, dopo aver incontrato non poche piastre puramente inspessite, ci imbattiamo in qualcuna in cui altro non esiste che una esulcerazione circoscritta, ad orli perpendicolari, la quale si estende più o meno profondamente nel tessuto ingrossato. Più si va avanti verso l'estremità dell'intestino, e più le ulcerazioni fannosi estese e frequenti, sinchè alla fine, a pochi pollici dalla valvola, si rinvengono le piastre affatto distrutte, nè riusciamo a scorgervi che ulceri le quali, avendo occupato il loro posto, loro corrispondono perfettamente e in forma ed in dimensione.

« Siffatte ulceri intestinali sono di solito arrotondate più o meno regolarmente, o di figura ovale. Qualche volta però hanno orli irregolari od angolosi; in molti casi dessi sono regolarmente perpendicolari e levigati, in altri invece smerlati e a frastagli. Il fondo varia necessariamente col variare della profondità: ora è formato dal tessuto cellulare che sta immediatamente sottoposto alla membrana mucosa, talora dalle fibre muscolari, e qualche volta dall'involucro peritoneale. Talora viene leso anche quest'involucro, succede la perforazione, e le sostanze raccolte nelle intestina vengono versate nella cavità del peritoneo. *Louis* su 55 casi trovò siffatta lesione in otto ».

L'Autore non è tra quelli che risguardino tale lesione come la fonte e il fondo della malattia, sibbene la tiene come di particolare importanza sotto un punto di vista diagnostico; quindi giudiziosamente osserva:

« La lesione delle piastre pejeriane mi sembra che abbia colla febbre tifoidea, considerata come malattia, una relazione ben poco diversa da quella che le differenti eruzioni caratteristiche hanno col morbillo, colla scarlattina, col vajuolo. In nessuna di queste noi abbiamo il diritto di risguardare le eruzioni cutanee siccome cause dei sintomi, e dei varii fenomeni che si appalesano in quelle distinte affezioni ».

Quali cause della malattia enumera l'Autore la località, la

stagione, il contagio, la dimora recente: ei non ritiene che la sporcizie, l' affollamento delle persone, gli eccessi abbiano alcuna diretta influenza sul suo sviluppo. La quistione del contagio è da lui trattata con somma accuratezza. Dopo aver citato le opinioni dubbie o negative di *Andral* e *Louis*, e le positive di *Chomel*, *Bretonneau*, *Leuret*, *Gendrin*, ecc. fra i francesi, di *Nathan Smith* e *Jackson* fra gli americani, egli filosoficamente riserva la sua opinione. Noi conveniamo col dott. *Bartlett* nell'ammettere che gli scrittori di medicina sono qualche volta nello stato presente della scienza « troppo corrivi nel considerare tutti quei casi di malattia, la cui causa si potrebbe in qualche maniera attribuire all' azione d' un principio contagioso, come di necessità e unicamente attribuibili a questo ».

L'Autore mette in campo validissime prove per sostenere l'incolumità in questa affezione dai secondi attacchi.

Pregevole è il capitolo intorno alla diagnosi, dettato dal dottor *Bartlett* sempre appoggiato alla propria esperienza.

Nel capitolo sulla teoria della malattia in questione, egli con molta assennatezza osserva

« Non aver la parola *febbre*, quando adoperata come di solito per designare una malattia, alcun intelligibile significato. Essa è una mera creazione della fantasia, il frutto di una falsa generalizzazione, e di una spuria filosofia. Che mai dunque può essere la sua *teoria* fuorchè l'ombra d' un ombra? ».

Passa il dott. *Bartlett* a purgare *Louis* dalla taccia di aver adottato i pensamenti di *Broussais*; errore nel quale cade anco il dott. *Christison*.

« Egli è tanto lontano dal vero che *Louis* relativamente alla natura delle febbri abbia adottato la dottrina di *Broussais*, che invece non vi è un altro osservatore che più di lui abbia lavorato per abbatterne i particolari principii. Egli fu sempre il più formidabile antagonista di quell'uomo straordinario; opponendo, nella calma confidenza di una mente schietta e indagatrice, una invincibile e compatta schiera di fatti, e di conseguenze confermate con tutta la cura, alle asserzioni arroganti e alle seducenti generalizzazioni di quell'altissimo ingegno, che sapeva porgere e sostenere i suoi pensamenti con una energia ed eloquenza tale da non ritrovarsi la simile negli annali della medica letteratura » (pag. 137).

Nell' analizzare la natura della malattia, egli prima di tutto ne esamina la lesione caratteristica cioè quella delle piastre elittiche dell' ileo. Essa è senza dubbio di natura infiammatoria; questa però non è la flogosi comune e semplice, ma sibbene una peculiare e specifica. « È circoscritta, non già diffusa come l'infiammazione ordinaria dei tessuti mucosi; nè va sfumando e sperdendosi gradatamente nella membrana sana ». Su questo fatto l'Autore fonda la sua opinione intorno alla natura secondaria di questo fenomeno, riferendosi altresì a *Chomel* il quale dice come uno dei caratteri più costanti e uniformi delle *lesioni secondarie*, consistenti per lo più in flogosi specifiche, sia il trovarsi desse disseminate, l'occupare punti circoscritti ma numerosi nei tessuti ed organi del sistema; del che esempi patentissimi si possono avere nelle febbri eruttive, nella peste orientale, nel successivo pullular dei furoncoli, nella scrofola, sifilide, e infine nello scirro e nel cancro. Tutte queste forme morbose non ponno certo ripetersi dalle cause ordinarie della infiammazione comune.

Questo modo di vedere mette l'affezione, sotto il punto di vista teorico, precisamente nella classe delle febbri eruttive; opinione sulla quale le moderne scoperte gettarono in vero non poca luce.

Nel capitolo che versa sulla terapia, l'Autore non manca di esporre i diversi metodi adottati *Jackson*, *Nathan Smith*, *Chomel*, *Louis*, *Bouillaud* e *Delarroque*.

Ad eccezione dei due ultimi, tutti gli altri convengono nell'adottare un piano di cura razionale ed aspettante, soccorrendo ai gravi sintomi flogistici colle evacuazioni sanguigne, e ricorrendo, nello stadio di adinamia, ai tonici ed agli stimolanti. *Louis* opina che in molti casi il corso della malattia si sarebbe abbreviato di qualche giornata, ogni qualvolta sui primordii del male si fosse ricorso ad una moderata cacciata di sangue.

Bouillaud coll'aver voluto applicare su una larga scala le sue vedute particolari, che cioè la malattia debba essere trattata con ripetute sanguigne (*coup sur coup*), veniva se non altro a provare essere questo un trattamento men pernicioso di quello che previamente supponevasi. Il metodo del *De Larroque* di propinare emetici e catartici, senza riguardo alla condizione dell'infermo o al periodo della malattia, sembra non sia stato finora seguito da conseguenze tali, che abbiano costretto i pratici meno

di lui entusiasti a metterlo senza remissione in disparte. Il nostro Autore adotta il metodo razionale e aspettante; consigliando che in tutti i casi piuttosto gravi, appena si manifesti stupore o delirio, non si tardi ad esplorar la vescica onde prevenire il pericolo della ritenzione delle urine. —

Nel considerare il *Tifo* l'Autore non manca di prevenirci essere su questo argomento le sue cognizioni meno complete; parte per aver potuto esaminare un numero minore di casi, parte per essere gli studii su questo soggetto meno perfetti che nella febbre tifoidea, « essendo stato dai migliori scrittori su d'esso più spesso confuso con altre malattie ». Per tifo egli intende una febbre idiopatica contagiosa, non caratterizzata da alcuna costante lesione dei solidi, sinonima del resto colle febbri nosocomiali, carcerarie, castrensi, maligne, putride, petechiali. Le descrizioni che egli offre della malattia sono in massima parte tolte dai medici d'Irlanda e di Scozia; essendosi per così dire limitata l'esperienza dell'Autore alle importazioni dalle isole Britanniche. Per rendergli giustizia bisogna confessare come le difficoltà che ei pur volea superare lo abbiano stimolato a farsi una chiara e definita idea della malattia; tanto che il suo capitolo sulla diagnosi riesce veramente pregevole. Crediamo prezzo dell'opera il presentare il quadro di confronto dei sintomi.

Febbre tifoidea.	*Tifo.*
1.° *Modo dell'accesso.* — In genere si manifesta a gradi, insidioso, e più subdolo che nel tifo.	1.° Generalmente più subitaneo che nella febbre tifoidea.
2.° *Calore della cute.*	2.° Spesso più urente e pungente, nei primi stadii; che nella febbre tifoidea. La suffusione fuliginosa della faccia più comune che nella tifoidea.
3.° *Mente.* — Il delirio e gli altri sintomi cerebrali vengono in iscena e aumentano a gradi, dopo la prima settimana, più generalmente che nel tifo.	3.° I sintomi cerebrali, massime l'ottusità e lo stupore, si manifestano con maggiore energia allo spiegarsi della malattia di quello che nella febbre tifoidea.

4.° *Intestina.* — Comunissima la diarrea con soccorrenze molto liquide. Gorgoglio comprimendo la regione del ceco. Tensione meteoritica o rigidità dell'addome. Frequenti i dolori colici.

4.° Rara la diarrea spontanea. Le scariche intestinali non liquide. Nessun gorgoglio al premere la regione cecale. Rara la tensione meteoritica, rari i dolori colici.

5.° *Emaciazione.* — Maggiore e più comune che nel tifo.

5.°

6.° *Epistassi.* — Più comune che nel tifo.

6.°

7.° *Emorragie intestinali.* — Comunissime.

7.° Molto rare. Potrebbero esse mò accadere?

8.° *Eruzioni cutanee.* — Eruzione viva, limitata, colorata in roseo; lievemente rialzata sopra la cute circostante; non tarda a scomparire dietro la compressione; il più sovente limitata alla cute del petto e dell'abdome.

8.° In molti casi, massime nei gravi, una abbondante eruzione peticulare, che non scompare dietro la pressione; in altri non avvi eruzione di sorta.

9.° *Escare.* — Più comuni che nel tifo.

9.°

10.° *Lesioni.* — Le ghiandole del *Peyer* sempre alterate; in generale ulcerate. Le ghiandole del mesenterio arrossate, ingorgate ed ammollite. La milza fisconica e ammollita più spesso che nel tifo. Le esulcerazioni della faringe e dell'esofago più comuni che nel tifo. Gli intestini crassi distesi da gaz più di frequente che nel tifo.

10.° Le ghiandole del *Peyer* e del mesenterio sane. Più spesso il sangue scuro e grumoso. L'ingorgo nerastro dei vasi e dei seni cerebrali, più costante che nella febbre tifoidea.

11.° *Cause.* — Non limitata a località geografiche serpeggia costantemente e in maggiore estensione per le popolazioni delle campagne sebbene non agglome-

11.° Limitato a talune località geografiche. In genere confinato negli abituri affoltati, sucidi, e mal ventilati. Sotto tali circostanze fassi eminentemente

rate, pulite, ben nutrite e ben riparate. Contagiosa talune volte ma moderatamente; sporadica più di spesso che il tifo. In genere limitata alla giovinezza ed alla età di mezzo più che il tifo.	contagioso. Si sviluppa più di spesso della febbre tifoidea dopo il 45.° anno.
12.° *Durata.* — La durata media è un po' più grande che nel tifo. Si prolunga più di spesso al di là del 40.° o 50.° giorno.	12.° Termina, o con esito fatale o colla guarigione molto più di spesso che la febbre tifoidea.
13.° *Effetti dei rimedii.* — Sopporta le deplezioni molto meglio che il tifo.	13. Richiede stimoli più attivi di quello che la febbre tifoidea.

Nella terza parte nella quale si parla delle *febbri periodiche*, l'Autore, onde offrirne una completa descrizione, ha scelto la febbre biliosa remittente, in causa che questa più di qualsiasi altra varietà abbraccia un numero maggiore di quei fenomeni i quali formano il carattere della malattia. Inclina per l'opinione che il fegato presenti la lesione specifica od i caratteri anatomici della affezione, i quali consistono nel cangiamento in un color bronzo del colore naturale rosso bruno, o piuttosto in un marezzato bronzo ed oliva. Molti osservatori parlarono già di questo fatto, rimane solo che osservazioni più numerose lo abbiano a constatare.

Nulla riporteremo intorno alla forma semplice intermittente: non merita però che venga dimenticata la descrizione offerta dall'Autore della varietà algida:

« *Varietà algida.* — La febbre algida non è in genere, come si asserì, una semplice prolungazione dello stadio del freddo di un parossismo. Io la ho veduta ben di rado esordire in questo modo. Esiste invece fra queste due condizioni un sensibilissimo divario. Nel primo stadio di un semplice parossismo la sensazione di freddo è di molto superiore alla reale diminuzione della temperatura superficiale; mentre nella febbre algida il freddo non vien sentito dal paziente, anche allorquando la cute sia diacciata. Comunemente egli è durante il periodo di reazione che cominciano ad appalesarsi i sintomi caratteristici; talora vengono in iscena a un tratto, proprio nel bel mezzo di una rea-

zione che sembrava sobletta e secura. Il polso fassi lento, molle, e scompare; le estremità, la faccia ed il tronco fannosi successivamente e con rapidità fredde; l'addome solo conserva un legger grado di calore, mentre la cute è fredda come il marmo; la lingua, comunque siasi appalesata sui primordii, diventa piana, biancastra, umida e fredda; non avvi sete; che se il paziente è indotto a bere, il liquido vien di spesso rigurgitato; le labbra sono pallide, l'alito freddo, fioca la voce; l'azione del cuore è lenta, fievole, tumultuaria, da potersi apprezzare solo coll'ascoltazione; l'animo non è sbattuto, e il paziente sembra anzi che goda di questo stato di calma, massime quando essa succeda a una febbre gagliarda; immobile è la sua fisonomia, ed è impressa sui lineamenti l'impassibilità più completa; il suo aspetto è ferale. Egli è soltanto quando il vomito e le scariche coleriche si sono collegati a siffatta condizione algida, che gli occhi si fanno infossati e vitrei, e si cingono di una zona livida; come pure è solo quando la respirazione vien effettuata colla bocca aperta che la lingua diventa arida e nerastra. Il corso di questa varietà è subdolo al sommo; non avvi forse medico la cui vigilanza in questi casi non sia stata delusa. Se uno non ha l'occhio molto esercitato, quella specie di calma che susseguе all'eccitamento febbrile può con tutta facilità venir presa per un sensibile miglioramento, forse attribuibile alle deplezioni sanguigne; l'errore venendo pur troppo solo fatto palese dalla subitanea e non preveduta morte del paziente ».

Il dott. *Bartlett* dichiara che il trattamento della febbre periodica si basa principalmente nell'amministrazione della china, e del suo preparato il solfato di chinina. Può essere necessario di dover ricorrere ad altri argomenti: ma in tutti i paesi dove predomina questa forma di malattia, l'esperienza ha pur troppo dimostrato quanto perniciose siano quelle teorie che suggeriscono la necessità di attendere alle congestioni locali pria di aver ricorso a questo farmaco; e come la via più spedita per ottener anche questo, sia il curare l'affezione da cui esse dipendono; il che principalmente si ottiene collo specifico febbrifugo o coll'azione antiperiodica della corteccia peruviana. —

Riguardo alla *febbre gialla* l'Autore confessa di non averne osservato alcun caso; però, desideroso di rendere completo il

suo trattato intorno alle febbri degli Stati Uniti, si limita, in luogo di studii clinici, ad offrire un sommario chiaro e sistematico di quanto in proposito fu pubblicato da quegli scrittori nel cui giudizio egli ripone maggior confidenza.

La fisonomia del paziente affetto da questa strana forma morbosa così viene descritta dal dott. *Lewis* di Mobile.

« Rimarchevole e tutta sua propria è la fisionomia di questa infermità. Io però non mi imbattei per anco in alcuno marchiato da quella truce espressione dello sguardo e dei lineamenti della quale molti fanno parola. Avvi anzi in genere dalla parte del paziente uno sforzo per comparire tranquillo ed indifferente, di rado appalesandosi fastidioso ed abattuto. L'espressione di cui intendo far cenno in molti casi sta sino dai primi stadii impressa sulla fronte; nè una volta che se ne sia impadronita, sforzo alcuno del paziente arriva a rimuoverla; egli può ben sorridere, ma non può per questo cancellarla; essa vi sta, schernendosi dell'imprestata allegria della sua vittima. Persin la culla non va esente dai suoi attacchi; viddi un bambino di 15 mesi sul cui ciglio questo misterioso nemico avea steso il suo lugubre manto, che dava al paziente una fisionomia abattuta, sconsolata, severa, la quale assai male si addiceva al suo viso infantile ».

Molto singolore è lo stato della intelligenza:

« *Stato della mente.* — Di rado si presenta il delirio, eccetto che per breve periodo, che varia da poche ore a un giorno o due precedenti la morte; ben di rado è violento e feroce, che anzi la mente in molti casi rimane sino all'ultima ora serena. In nessun'altra grave malattia, asserisce *Bally*, conservansi le intellettuali facoltà così integre siccome in questa; strano fenomeno quello della pienezza della intelligenza conservata insino all'estremo sospiro.

« Il dott. *Barrington* dice esservi spesso inclinazione a cantare; *Lewis* aggiunge consistere il delirio in celiare, cantare e in un vaniloquio; *Harrison* parla degli scherzi dei pazienti, e della compiacenza che palesano nel deludere i desiderii dei loro medici od infermieri, come carattere più di una specie di pazzia che del delirio febbrile.

« Spesso venne fatto cenno della apatia degli infermi. Gli editori del « Giornale Medico » della Nuova Orleans scrivono:

« È strana l'indifferenza con cui le vittime della febbre gialla nell'ospedale della Carità affrontano la morte. Lo straordinario accumulamento di malati e di morienti pare che li rendano famigliari col suo aspetto, e che li liberino da buona parte delle sue paure. Non appena entrati nell'ospizio ed essere stati testimonii delle ambascie e dell'agonia di una dozzina di pazienti, essi vanno incontro con rassegnazione al loro destino, e calmi rinunciano a quella vita, che forse per molti di loro altro non presentò che una svariata scena di travagli e di cure ». *Rush* e *Lewis* di Mobile parlano di varii casi nei quali i pazienti dopo la guarigione non conservarono rimembranza di sorta di quanto avvenne durante la loro infermità.

« Il coma non è sintoma molto comune; talune volte però alcuni casi gravi sono caratterizzati da temulenza e stupore. Il sonno è generalmente inquieto, e i pazienti spesso conturbati da sogni spaventosi ».

La lesione principale è senza dubbio quella del fegato: il colore di quest' organo dicesi non differisca da quello del burro recente, qualche volta pagliarino, tal'altra del caffè e latte; non di rado del color della senape, o aranciato. Il vomito nero, che forma sempre un sintoma funestissimo, deve senza esitazione attribuirsi ad una emorragia del ventricolo diluita dalla secrezione gastrica.

Molto si diffonde l'Autore intorno alla questione del contagio, che fornì alimento alle più acri dispute, le quali però non riuscirono per anco a gettar molta luce sull'argomento.

Asserisce l'Autore ancor non conoscersi un metodo veramente razionale di cura della febbre gialla; le prove più convincenti stanno contro la cura mercuriale, nella quale non pochi tanto confidano; finisce coll'adottare le seguenti conclusioni:

« La forma più semplice e mite della febbre gialla, quella che si sviluppa non di rado negli adulti non acclimatizzati, ma più spesso fra gli affatto od i parzialmente acclimatizzati e negli infanti, di consueto ha un esito felice, indipendentemente da qualsiasi degli ordinarii metodi di trattamento. Forse questa terminazione viene favorita da un purgante blando ma efficace.

« La forma palesemente flogistica della malattia viene mitigata nel suo aggravarsi con una pronta e abbondante cacciata di sangue generale e locale; e da un efficace purgativo.

« La forma congestiva, e le rimanenti forme appena passano nello stadio di collapso hanno in genere un esito funesto, e ben poco ponno venire infrenate dall'arte ».

La distinzione che l'Autore ha fatto fra le febbri tifoidee ed il tifo è a nostro vedere giustissima, sebbene non sia stata accettata per anco da scrittori che osservarone siffatte malattie in altri paesi. Noi crediamo che il libro del dott. *Bartlett* potrà suggerire utilissime e sane idee a tutti coloro che esercitano l'arte medica in località dove serpeggiano le varie forme di febbre periodica e di febbre gialla.

Osservazioni di tubercoli polmonari cistici; *del dott.* Greene. — Questa osservazione è un esempio delle forme di tubercolizzazione delle più rare del tessuto polmonale. *Laennec* ne ha riscontrato nella sua pratica quattro o cinque casi soltanto, nel corso di ventiquattro anni, e *Louis* ne ha fatto menzione di uno solo nel suo « Traité de la phthisie ». — Era questi una donna a 60 anni, nella quale si suppose per molto tempo non esistesse che una bronchite semplice, poichè la mutezza era poco sensibile, e i rantoli bronchiali erano diffusi per tutto il petto. Questa donna dovette soccombere a gravissima dispnea, in uno stato prossimo all'asfissia. V'era aderenza della pleura; la membrana mucosa dei bronchi fortemente injettata, massime alle ultime estremità di essi. Alla parte posteriore dei polmoni, eranvi traccie di congestione e di leggier infiammazione. I polmoni erano sparsi di un gran numero di corpi rotondi, duri e resistenti, alcuni piccoli, altri di un volume considerevole, occupanti i lobi superiori e inferiori. Questi piccoli corpi non erano altro che cisti, di un aspetto fibroso o cartilaginoso all'esterno, lisci e coperti da una membrana mucosa all'interno. Queste cisti avevano lo stesso aspetto delle caverne dei tisici, passate allo stato cronico; contenevano una materia in parte tubercolosa, in parte cretacea (fosfato e carbonato di calce). Tutto fa credere che questi corpi stranieri esistessero da moltissimo tempo nei polmoni; poichè l'ammalata era giunta ad un'età avanzata (60 anni) e durante la sua vita aveva sofferto gravi attacchi di bronchite, il cui sviluppo si spiega naturalmente per la presenza di questi corpi stranieri. (*Dublin quarterly journal of med.*, *agosto* 1848).

Prospetto de' cholerosi della Lombardia durante l' anno 1849.

Provincie	*Epoca dello sviluppo della malattia*		*Numero de' malati*	*Guariti*	*Morti*	*Rimasti in cura*	*Mortalità ogni 100 tra guariti e morti*
Milano	25 agosto	Militari	95	57	38		40,00
		Cittadini	271	66	195	10	74,71
		Campagnuoli	440	81	329	30	80,24
		Totale	806	204	562	40	73,36
Mantova	26 luglio		260	69	186	5	72,94
Brescia	17 luglio		1326	433	862	31	66,56
Cremona	15 agosto		311	86	204	21	70,34
Bergamo	2 agosto	Militari	622	184	433	5	70,17
		Cittadini	1111	420	689	2	62,12
		Campagnuoli	2045	924	1091	30	54,36
		Totale	3778	1528	2213	37	59,15
Como	23 agosto		101	30	71		70,29
Pavia	21 agosto		47	3	41	3	93,18
Lodi e Crema	2.ª metà di agosto	Lodi	6	1	5		83,33
		Crema	7		6	1	100,00
		Comuni	367	71	236	60	76,87
		Totale	380	72	247	61	77,42
		Somma totale	7009	2425	4386	198	62,57
				7009			

Annotazioni.

Per la provincia di Lodi e Crema, e per quella di Mantova non abbiamo potuto avere i dati statistici dei cholerosi che sino al 25 ottobre; per la provincia di Como sino al 30, e per

quella di Bergamo sino al 31 del mese sopraindicato. — Delle provincie di Brescia, di Cremona e di Pavia si è dato il numero dei cholerosi sino a tutto il giorno 3, e per quello di Milano a tutto il 5 del mese di novembre.

La provincia di Sondrio . . .?

Nelle cifre dei cholerosi della provincia di Mantova sono esclusi i militari, dei quali non è stata fatta all' autorità civile una regolare notificazione.

Quando sarà finita la epidemia si darà un prospetto, egualmente dettagliato, di tutte le provincie lombarde.

Errata Corrige del presente Volume.

Pag. 10, lin. 8 *invece di*: Generalmente era sufficiente introdurre nell'arteria due o tre pezzetti di spugna, perchè l'operazione potesse dirsi bene eseguita

leggi: Generalmente era sufficiente introdurre nelle arterie un solo pezzetto di spugna perchè l' operazione potesse dirsi bene eseguita. In pochi casi poi se ne introdusse un secondo ed un terzo. Noteremo però che ciascuno di questi ultimi pezzetti non oltrepassava mai la lunghezza di una linea e mezza a due.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO VOLUME

§ 1. *Memorie ed Osservazioni originali.*

FANTONETTI. Annotazioni terapeutiche pertinenti all' iodio e suoi preparati . . . . . pag. 347
LINOLI. Sul trattenimento delle materie indigeste e fecali nel ceco e nel S del colon, e sul flemmone della fossa iliaca destra. (Seguito e Fine) . . . . . » 382
QUAGLINO e RESTELLI. Studj sperimentali sulle arterie . » 5
RESTELLI. Note ed Osservazioni cliniche di chirurgia militare . . . . . » 225
SACCHI. Sugli ospizii degli esposti in Lombardia, e riforme proposte per il loro miglioramento . . . . . » 35
TOFFOLI. Sopra un caso di rabbia umana descritto dal dottor *Ferdinando Palasciano* . . . . . » 47

§ 2. *Analisi di Opere, Dissertazioni, Atti di Accademie, ecc.*

ABEILLE. Sulle injezioni di iodio nella patologia esterna » 534
ARNOTT. Tumore maligno dell' orifizio dell' utero, reciso durante il travaglio . . . . . » 85
BALLARD. Caso di estesissimo cancro gelatiniforme del peritoneo che involgeva le ghiandole linfatiche dell' addome e le ovaie, simulando ascite . . . . . » 408
BARCLAY. Materiali per la statistica delle malattie valvolari del cuore, con speciale allusione alle affezioni dei diversi orifizii, ed ai particolari effetti di certe cause riconosciute . . . . . » 440
BARTLETT. *The history, etc.* — Storia, diagnosi e cura delle febbri dominanti negli Stati-Uuiti . . . . . » 658
BARKER. Laringite accompagnata dalla formazione di una falsa membrana nella trachea e nei bronchi, nella quale fu praticata la tracheotomia . . . . . » 90
BELLOD. Uso del carbone vegetabile nelle affezioni gastro-intestinali . . . . . » 638
BENNETT. *On cancerous, etc.* — Sulle produzioni, ossia vegetazioni cancerose e cancroidi. (Estratto). . » 122, 311

Bernard. Dell'influenza del sistema nervoso sulla produzione dello zuccaro nell'economia animale . . . pag. 215
Bouchet. Del lavoro applicato agli alienati . . . . » 561
Brierre de Boismont. Dell'uso dei bagni prolungati e delle irrigazioni continue nelle forme acute della pazzia, e specialmente nella manìa . . . . . » 163
Burow. Trattamento delle fratture delle ossa mediante semplici ferule di *gutta-percha* . . . . . » 604
Buys e Cunier. Dell' acetato di piombo usato topicamente nel trattamento di alcune affezioni dell' occhio . . » 632
Chassaignac. Sulle resezioni articolari . . . . . » 286
Chassaignac. Sullo scolo sieroso che si opera dall'orecchio in seguito alle fratture della rôcca petrosa . . . » 304
Cruveilhier. *Traité d'anatomie pathologique, etc.* — Trattato di anatomia patologica generale. Vol. I (Estratto) » 463
Cullerier. Sulla evoluzione della sifilide . . . . . » 175
Dalrymple. Caso di fetazione estrauterina . . . . . » 426
Debrou. Sulla applicazione ed utilità dell' apparecchio ad incubazione nella cura della gangrena d' ospedale . » 184
Deguise (figlio). Orchite idiopatica del lato sinistro; sbrigliamento dell'albuginea; mortificazione dei vasi seminiferi; espulsione spontanea di questi vasi, indi dell'albuginea attraverso la ferita; guarigione . . . » 283
Diday. Intorno ad un processo di inoculazione (vaccination) sifilitica, proposta come preservatrice della sifilide costituzionale . . . . . » 617
Dorvault. Stato chimico dell' iodio nelle piante marine e in molti altri prodotti animali . . . . . » 656
Druitt. Gastrotomia eseguita per togliere una ostruzione intestinale . . . . . » 455
Dubois-Reimond, Humboldt, Despretz, Becquerel, Matteucci, Bancalari e Zantedeschi. Dello sviluppo della elettricità nell'atto della contrazione muscolare . . » 579
Errata-Corrige del presente Volume . . . . . » 672
Fergus. Estesa lacerazione del fegato con rottura della cistifellea, ed altre lesioni . . . . . » 88
Fergusson. Resezione dell'omoplata . . . . . » 223
Flandin e Rognetta. Usi della castagna d' India . . » 209
Fleury. Estrazione col metodo bilaterale di un calcolo vescicale informato sopra una lesina da calzolajo . » 160
Foy. *Cholera-morbus. Prémiers sécours, etc.* — Primi soccorsi da prestarsi ai colerosi prima dell'arrivo del medico, preceduti da un' indicazione precisa dei segni della malattia, ecc. . . . . » 373
Frank. Dell' ascoltazione dell' organo acustico . . . » 611
Garrod. Osservazioni intorno a certe condizioni patologiche del sangue e dell' orina nella gotta, nel reumatismo e nella malattia di *Bright* . . . . . » 103

Gosselin. Studj sulla operazione della cataratta per depressione . . . . . pag. 181
Greene. Osservazione di tubercoli polmonari cistici . . » 670
Hairion. Uso del collodio nelle affezioni ottalmiche . . » 575
Hall (Marshall). Della irritabilità della fibra muscolare negli arti paralitici . . . . . » 413
Hannon. Della presenza del manganese nel sangue, e dell'uso di questo metallo nella cura delle affezioni cancerose e nella clorosi . . . . . » 460
Henroz. Della compressione arteriosa nelle infiammazioni delle estremità . . . . . » 654
Henry. Descrizione della dissezione di un cervello, in cui il corpo calloso, il fornice e il setto lucido erano imperfettamente sviluppati . . . . . » 453
Lefévre. Effetti tossici dei vapori mercuriali in una sala d'ospedale . . . . . » 567
Locock. Sopra alcune peculiarità del polipo dell' utero » 427
Luke. Sulla operazione di *Petit* per la guarigione dell'ernia strozzata . . . . . » 107
Lunier. Studi sulla paralisi progressiva . . . . . » 652
Malgaigne. Sulla nevralgia del collo dell'utero . . . » 575
M'Culloch. Respirazione intravaginale raccomandata in alcuni casi di parturizione in cui la vita del bambino è in pericolo per compressione del cordone . . . » 576
Medico-chirurgical Transactions, *etc.* — Transazioni medico-chirurgiche pubblicate dalla R. Società medico-chirurgica di Londra. Vol. XXXI (Estratto) . . » 57, 480
Mélier. Rapporto sulle saline (marais salans) presentato al ministro di agricoltura e commercio, a nome di una Commissione . . . . . » 329
Mémoires de l'Académie, *etc.* — Memorie dell' Accademia R. di medicina (di Parigi). Tom. XIII. (Estratto. Seguito e Fine) . . . . . » 155, 325
Mémoires de la Société, *etc.* — Memorie della Società di chirurgia di Parigi. Vol. I (Estratto. Seguito e Fine) » 169, 283
Monneret. Dell' uso di dosi generose di subnitrato di bismuto nelle affezioni gastro-intestinali . . . . » 570
M'Whinnie. Caso di ottalmia distruttiva con estesa suppurazione della membrana cellulare e grave affezione dell' articolazione del ginocchio avvenuta in seguito a parto prematuro . . . . . » 97
Nélaton. Sulle lussazioni della mascella inferiore . . » 169
Neligan. Saggio sulla diagnosi e sul trattamento delle malattie eruttive del cuoio capelluto . . . . . » 496
Page. Casi di frattura non riunita, trattati felicemente » 411
Parchappe. Sugli effetti della cauterizzazione tossica e virulenta . . . . . » 569
Peacock. Nota relativa ad un caso di mala conformazione del cuore . . . . . » 96

Pétrequin. Sull'uso terapeutico delle preparazioni di manganese, o come coadjuvante o come succedaneo alle preparazioni ferruginose . . . . . pag. 591
Pfeufer. Del catarro della bocca . . . . . » 577
Phillips. Osservazioni sulle ostruzioni intestinali dipendenti da cause interne e mezzi da impiegarsi per guarirle » 57
Poggiale e Marchal De Calvi. Analisi comparativa del sangue arterioso e del sangue venoso . . . . . » 206
Porta. Delle malattie e delle operazioni della ghiandola tiroidea. (Estratto) . . . . . » 189
Prospetto dei cholerosi della Lombardia durante l' anno 1849 . . . . . » 671
Reali. Volvolo perfettamente guarito mercè la gastrotomia . . . . . » 146
Reclam. Dell'alopecia circoscritta e del trattamento di essa » 568
Reid. Sulla non naturale procidenza dell'utero; proposta di un nuovo stromento per la sua guarigione . . . . » 432
Ricord. Caso di blennorragia avvenuto in un' uretra perforata . . . . . » 215
Rilliet. Del melena nei bambini . . . . . » 217
Rose. Sull'anatomia e fisiologia del *Cisticercus tenuicollis* » 452
Roux. Idartrosi scapulo-omerale trattata mercè la injezione iodata . . . . . » 155
Schmid. Della coagulazione del sangue della vena porta » 200
Simpson. Della frequenza, diagnosi e cura della retroflessione, ossia retroversione dell' utero non gravido (con tavola) . . . . . » 476
Souvet. Riflessioni sull'uso delle sottrazioni di sangue nella cura delle malattie mentali . . . . . » 641
Spengler. Del rivolgimento per mezzo di manualità esterna » 573
Sulle acque minerali contenenti arsenico . . . . . » 207
Tardieu. *Du cholera épidémique, etc.* — Del colera epidemico. Lezioni comunicate alla Facoltà di medicina di Parigi . . . . . » 376
Tavignot. Della cataratta traumatica . . . . . » 197
Teissier. Effetti terapeutici dell' aconito napello . . . » 565
Thurnam. Due casi di sviluppo imperfetto della cute, dei capelli, e dei denti . . . . . » 102
Toynbee. Sulle cause e sul trattamento della sordità nei vecchi . . . . . » 220
Trousseau. Del cateterismo nella disfagia prodotta da stringimento semplice dell' esofago . . . . . » 325
Verdeit. Sulla composizione dei sali del sangue, e sulla loro relazione colla formazione dei calcoli vescicali » 219
Vidal (de Cassis). Guarigione di una flebite sopraggiunta ad un salasso, che presentò tutti i sintomi della infezione purolenta . . . . . » 299

FINE DEL VOLUME CXXX.